



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



## **Trabajo Fin de Grado**

# **Percepción de los profesionales de emergencias ante la muerte traumática del paciente**

Alumno: Pablo Izquierdo Fernández

Directora: Andrada Cristoltan

**Madrid, 3 de mayo de 2023**

# Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1.Presentación.....	5
2.Estado de la Cuestión.....	6
2.1 Fundamentación.....	7
2.1.1 La vivencia de la Muerte.....	7
2.1.2 La muerte en el ámbito sanitario.....	9
2.1.3 Consecuencias para los profesionales de la salud.....	12
2.1.4 Estrategias de afrontamiento.....	14
2.1.5 La muerte del paciente crítico.....	17
2.1.6 Muerte del paciente crítico en entorno de extrahospitalaria.....	18
2.2 Justificación.....	20
3.Objetivos.....	22
4.Metodología.....	23
4.1 Diseño del estudio.....	23
4.2 Sujetos de estudio.....	23
4.3 Variables.....	25
4.4 Procedimiento de recogida de datos.....	32
4.5 Fases del estudio, cronograma.....	36
4.6 Análisis de datos.....	37
5.Aspectos éticos.....	38
6.Limitaciones del estudio.....	39
Bibliografía.....	40
Anexos.....	45
Anexo I: Hoja informativa del estudio.....	46
Anexo II: Consentimiento informado y Compromiso de confidencialidad de los datos.....	47
Anexo III: Cuestionario de datos sociodemográficos, personales y profesionales.....	49
Anexo IV: Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI).....	51
Anexo V: Escala de ansiedad estado/ansiedad rasgo - State-Trait Anxiety Inventory (STAI).....	52
Anexo VI: Escala de estrés percibido (EEP-10).....	54
Anexo VII: Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).....	55
Anexo VIII: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).....	57
Anexo IX: Escala de Trauma de Davidson (DTS).....	59
Anexo X: Escala de Trait Meta-Mood Scale TMMS-24.....	61
Anexo XI: Cronograma del estudio.....	63

## **Resumen.**

**Introducción:** El personal sanitario de emergencias extrahospitalarias, dada la naturaleza de su trabajo, se expone a diario a sucesos como situaciones traumáticas y catastróficas que implican la muerte de pacientes en numerosas ocasiones. Por ello, este colectivo se presenta susceptible de sufrir consecuencias tanto físicas como psíquicas a lo largo de su desarrollo laboral relacionadas con el factor estresante que supone el afrontamiento de este tipo de situaciones.

**Objetivos:** Conocer la percepción que tiene el personal sanitario de emergencias ante la muerte traumática del paciente, así como sus mecanismos de afrontamiento y sus consecuencias.

**Metodología:** Se trata de un estudio observacional descriptivo correlacional de carácter transversal realizado a profesionales de los servicios de SUMMA 112 y SAMUR-Protección Civil pertenecientes a la Comunidad y ayuntamiento de Madrid.

**Implicación para la práctica enfermera:** Profundizar en la manera de afrontar la muerte de los pacientes que se tiene en el ámbito de las emergencias extrahospitalarias identificando así, mecanismos de afrontamiento utilizados por los profesionales y consecuencias sufridas por los sanitarios. Con el fin de mejorar la calidad de vida de los profesionales, y a su vez, la calidad asistencial que se le presta a los pacientes.

**Palabras clave:** Muerte, Actitud frente a la muerte, Servicios médicos de urgencia, Medicina de emergencias, Ansiedad.

## **Abstract.**

**Introduction:** Out-of-hospital emergency healthcare staff, given the nature of their work, are daily exposed to events such as traumatic and catastrophic situations involving the death of patients on numerous occasions. Therefore, this group is susceptible of suffering both physical and psychological consequences throughout their professional development related to the stress factor involved in dealing with this type of situations.

**Objectives:** To determine the emergency health care personnel's perception in the event of a traumatic death of a patient, as well as their coping mechanisms and consequences.

**Methodology:** This is a cross-sectional descriptive correlational observational study carried out on professionals of the SUMMA 112 and SAMUR-Protección Civil services belonging to the Community and City Council of Madrid.

**Implication for nursing practice:** To study the way of dealing with the death of patients in the field of out-of-hospital emergencies, thus identifying the coping mechanisms used by the professionals and the consequences they suffer. With the aim of improving the quality of life of professionals, and in turn, the quality of care provided to patients.

**Keywords:** Death, Attitude to death, Anxiety, Emergency Medical Services, Emergency medicine.

# 1.Presentación.

El presente proyecto de investigación pretende profundizar en la percepción de la muerte y como esta les afecta a los profesionales de emergencias extrahospitalaria. El motivo de elección de dicho tema nace, por una parte, de mi interés especial por el ámbito de las emergencias extrahospitalarias anterior a iniciar la carrera de enfermería. A raíz de la experiencia de ser miembro voluntario de SAMUR-Protección Civil y últimamente de mi rotación como alumno de enfermería por el mismo servicio, el tema tratado en el proyecto me ha generado bastante curiosidad a la vez que incertidumbre debido su escasa investigación.

En la actualidad, la muerte junto con los sentimientos y emociones que nos genera a las personas continua siendo un tabú, es cierto que, en menor medida en el ámbito sanitario, pero aun así en ciertas ocasiones perdura esa conducta de evitación.

La esfera emocional de los sanitarios, en ocasiones olvidada, debe tenerse presente también en la investigación pues, para sustentar un buen sistema sanitario es fundamental que sus miembros se encuentren en las mejores condiciones de salud, así como mantener el componente humano que forma parte de la asistencia sanitario que tan fundamental es, y para ello preservar la salud mental de los profesionales es primordial.

A su vez la investigación del presente tema aprovecha la realidad que viven estos profesionales para ayudarnos a comprender mejor ciertos mecanismos utilizados por este colectivo de profesionales habiendo la posibilidad de poder extrapolarlo a otros campos y situaciones.

Por último, reflejar en esta presentación mi agradecimiento a todos los profesores que me han ayudado con el trabajo, que como bien menciona su nombre, da paso al esperado final del grado. Así como a familia y amigos que me han apoyado en todo su proceso. Y en especial a todos aquellos profesionales sanitarios conocidos y por conocer que me acompañarán en mi carrera profesional como enfermero.

## 2.Estado de la Cuestión.

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad abordar el fenómeno de la muerte, pero especialmente describir la forma en la que la muerte afecta a los profesionales de la salud. Se tratará el tema desde sus inicios hablando de cómo ha ido afectando a los largo de la historia a las personas, seguidamente se pondrá el punto de mira en los profesionales de la salud y finalmente se centrará en la muerte del paciente crítico más específicamente en el entorno de la atención extrahospitalaria.

Para la búsqueda bibliográfica del presente trabajo se han utilizado las bases de datos de:

- *PubMed*
- *CINAHL*
- *Scielo*
- *Dialnet*
- *Repositorio de Universidad Pontificia de Comillas*

A continuación, en la *tabla nº1* se muestran los términos MeSH y DeCS utilizados para la búsqueda, así como los operadores booleanos utilizados.

MeSH	DeCS	Descripción literal	Operadores Booleanos
<b>Death</b>	Muerte	Muerte	
<b>Nurses</b>	Enfermeras/os	Enfermeras/os	
<b>Attitude to death</b>	Actitud frente a la muerte	Actitud frente a la muerte	
<b>Emergency Medical Services</b>	Servicios médicos de urgencia	Atención de emergencia prehospitalaria	“AND”
<b>Mental Health</b>	Salud mental	Salud mental	“NOT”
<b>Occupational stress</b>	Estrés laboral	Estrés profesional	“OR”
<b>Palliative care</b>	Cuidados paliativos	Atención paliativa	
<b>Stress Disorders, Post-Traumatic</b>	Trastorno de estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático	
<b>Anxiety</b>	Ansiedad	Ansiedad	
<b>Emergencies</b>	Urgencias médicas	Urgencias	

*Tabla nº1: Términos utilizados para la búsqueda. Elaboración propia.*

## 2.1 Fundamentación.

### 2.1.1 La vivencia de la Muerte.

La muerte definida por la RAE como cese o término de la vida, (1) entendida por algunos como *“esa frontera límite que al atravesarla la vida se extingue completamente sin continuidad”* (2) o como *“esa alteridad absoluta del no ser”*. (2) También es interpretada por diversas religiones como un proceso por el cual se abandona la vida terrenal, pero sin cese de la existencia del “propio ser” como lo son la judeocristiana o el hinduismo. (3)

Ya en la antigua Grecia, los grandes filósofos y pensadores reflexionaban sobre la muerte, con conclusiones como las de Epicuro con su visión experiencialista y hedonista sobre este suceso que según él carecía de sufrimiento para el sujeto pues en el momento de morir la persona carece de capacidad para sentir y por lo tanto de sufrir. (4,5)

A pesar de que es un suceso que por definición no podemos vivir o experimentar, el ser humano a lo largo de la historia ha ido creando sus sistemas de creencias para enfrentarse a ella, puesto que cierto es que *“sabemos no lo que es la nada si no qué significa que no haya nada”*. (2,6)

No se puede describir un único sentimiento de las civilizaciones antiguas ante la muerte, pues va *“desde la derrota y el castigo hasta la liberación y la oportunidad”* según las diversas culturas y religiones que han ido surgiendo. (2)

A raíz de los cambios en la sociedad que produjeron la Ilustración, la Revolución Francesa y la Revolución Industrial con la modernización socioeconómica que ello conlleva; el concepto de muerte también ha evolucionado. Ricardo Jiménez Aboitiz en su tesis destaca tres cambios principales en las nuevas sociedades que lo han modificado:

*“A) Reducción de la mortalidad e incremento de la esperanza de vida”* que lleva a las sociedades a la existencia de *“una nueva vejez”* que provoca una nueva manera de ver la muerte minimizando el impacto de los fallecimientos en personas de edad avanzada y potenciando el impacto en comparación con la visión tradicional de los fallecimientos en edades bajas.

*“B) Regulación y ordenación del ciclo vital”*: con la modernización la relación de muerte y edad es directamente proporcional cada vez en más casos, se pierde esa inseguridad de una posible muerte en cualquier momento y se asocia a la edad avanzada. Esto ayuda al desarrollo de las personas y a tener una visión a largo plazo que antes se tenía en menos

medida.

“C) *Urbanización*”: el cambio en la morfología de las sociedades en cuanto a sus estructuras y maneras de vivir y relacionarse, como la nueva vida en ciudades y la descentralización de las familias sumado al aumento del ritmo de vida con el modelo de producción capitalista ha provocado también una notable mutación de la vivencia de la muerte. (2)

Este suceso, que en la antigüedad se relacionaba con la intimidad del hogar y de la unidad familiar donde la muerte significaba para algunos el fin de la vida terrenal y la puerta a la evolución y la sucesión de generaciones ha sufrido algunos cambios.

Hoy en día la concepción moderna de la persona, como sujeto único e indivisible actualiza esta concepción de muerte individualizándola y además de percibirla como un tema tabú y desagradable que en numerosas ocasiones se deja de lado y reflexionando poco acerca de ella y sin comunicarlo. (7)

En la actualidad la muerte se ha apartado de los hogares y ha pasado a centros como hospitales y residencias, y finalmente a cementerios o crematorios. (7)

Ese tiempo que implica a los cercanos la muerte del sujeto se ve cada vez más reducido, viéndolo por ejemplo con los ritos y el duelo. *“El tiempo de duelo se acorta, las señales públicas se difuminan y ni las casas ni los cuerpos se visten ya de negro. El propio rito queda reducido a menudo a su mínima expresión, sin ceremonia religiosa o incluso sin palabras alrededor de la tumba que permitan manifestar la pena”*. (8)

Todo esto posiblemente surja de la adaptación de la muerte a la sociedad moderna, que no tiene tiempo de pararse a vivir la muerte de otros. (7)

En cuanto a la cultura occidental, la visión de la muerte adquiere una connotación negativa, aterradora y de maldad. Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross esta visión negativa siempre ha existido y siempre existirá pues para nuestro inconsciente no existe manera de morir por causa natural. (9)

Sobre el proceso de morir, Kübler-Ross en su obra, a raíz de lo visto en los pacientes identifica 5 fases que se llevan a cabo en la persona a la hora de aceptar la muerte (9):

1) *Primera fase: Negación y asilamiento*, la persona en contra de la realidad niega lo ocurrido o niega que esa situación vaya a ser terminal. (Esta fase en especial se potencia cuando la información se da de manera brusca y de parte de una persona que no conoce al sujeto) Surgen sentimientos de esperanza y la persona busca alternativas a esa información, suele aparecer en los primeros días, no obstante, puede resurgir en determinados momentos a lo

largo del proceso.

2) *Segunda fase: ira*, la persona empieza a comprender la realidad y deja atrás la fantasía, surgen sentimientos de rabia, ira y envidia. Y preguntas del tipo “¿por qué me pasa esto a mí?”. Esta fase es difícil para las personas que lo acompañan pues la ira se proyecta a todo el entorno del sujeto.

3) *Tercera fase: pacto o negociación*, la persona llega a la conclusión de que mediante el enfado y la ira la realidad no cambia, y prueba con una actitud más amable. Actúa de manera bondadosa con el fin de posponer la realidad, y recibir una recompensa. Imponiéndose vencimientos como si de alguna manera se fuesen a cumplir. Surgen las “promesas” que en ocasiones surgen de la sensación de culpabilidad.

4) *Cuarta fase: depresión*, empieza con el fin de la lucha de la persona ante su realidad, acaban los mecanismos de negación y de negociación, surge el agotamiento y con él un gran sentimiento de pérdida. Finalmente, la depresión, como preparación para despedirse de la vida.

5) *Quinta fase: aceptación*, si la persona es capaz de pasar por todas las fases anteriores finalmente llega a ésta, donde los sentimientos y emociones disminuyen en intensidad y se acepta la realidad como tal. La persona empieza a distanciarse cada vez más de lo terrenal.  
(9)

De la preocupación por el morir surge el término “*Ansiedad ante la muerte (Death Anxiety)*” Carpenito-Moyet (2008) en “*Hanbook of nursing diagnosis*” la define como “*el estado en el que un individuo experimenta aprensión, preocupación o miedo relacionado a la muerte y al morir*” (10). También es definida en la guía “*Nursing outcomes classification*” como “*Una sensación de incomodidad o temor generada por la percepción de una amenaza real o imaginaria a la propia existencia*”. (10) La ansiedad ante la muerte es un concepto multidimensional, formado por una esfera emocional, cognitiva y experiencial. (11)

### **2.1.2 La muerte en el ámbito sanitario**

Como comentábamos con anterioridad, hoy en día la muerte por lo general se ha trasladado del hogar a hospitales y residencias. (7)

Independientemente de sus diversas interpretaciones lo innegable es que involucra a todo ser vivo, y en nuestro caso como seres humanos la muerte de los nuestros dada su estrecha relación con la salud, los profesionales dedicados a ésta se ven obligados a tratar con ella en su día a día.

Sin duda la muerte del paciente para los profesionales de la salud presenta un reto que no es fácil de abarcar, consecuencias como el deterioro de la salud mental de este colectivo están presentes.(12) Sin embargo, como veremos a continuación la afectación varía en función de diversos factores.

Estudios como el realizado a enfermeras de unidades de críticos en la ciudad de Tabasco, México afirman que un 46.5% manifiestan ansiedad ante la muerte, (frente a un 67.6% que muestra indiferencia ante la muerte y un 9.9% que muestra actitud positiva). (13)

Datos de otro estudio que investiga niveles de ansiedad ante la muerte y el afrontamiento en enfermeras de cuidados paliativos y de urgencias muestra que el 44% manifiestan miedo a la muerte en un nivel bajo-moderado, sumado a un 34% que mostraron actitudes de evitación. (14)

Cabe destacar que las enfermeras del ámbito de urgencias muestran significativamente menos habilidades de afrontamiento y mayor evitación de la muerte frente a las de paliativos. (14,15)

Las enfermeras con formación específica en cuidados paliativos además de tener menos dificultades para hablar sobre la muerte tienen menos miedo y mejores puntuaciones en cuanto a la aceptación. (16,17)

En cuando a la capacitación de los profesionales para trabajar con la muerte de pacientes se demuestra que la educación en cuidados paliativos en este caso a enfermeras del campo de la oncología aumenta el manejo del dolor, otros síntomas, la recuperación y de aspectos psicosociales del paciente además de una actitud más positiva ante el cuidado de pacientes terminales. (18,19)

Varios estudios abogan por la mayor formación en cuanto al afrontamiento y la resiliencia a los profesionales (19), y en especial del ámbito de las urgencias y emergencias (14,20). No obstante, más adelante se tratarán las dificultades y las barreras de estos ámbitos ante el cuidado del paciente moribundo.

La presencia de familiares y tener que lidiar con ellos aumentan los niveles de sufrimiento y

disminuye el afrontamiento en los profesionales. (15,21,22)

Respecto a la ansiedad ante la muerte de los profesionales de la salud estos factores están relacionados (medida por la escala T-DAS; escala de ansiedad ante la muerte de Templer)(23,24):

- *La ansiedad personal*
- *Frecuencia y gravedad del estrés laboral*
- *Agotamiento*
- *Comportamiento de evitación por parte del paciente*
- *Eutanasia*
- *Sexo*
- *Salud mental*
- *Actitud hacia los ancianos*
- *Humor*
- *Madurez social*
- *Calidad de vida*
- *Falta de actividad social*
- *La autoeficacia*
- *La satisfacción con la vida*

Además, en concreto las enfermeras muestran niveles más altos de ansiedad en comparación con los demás profesionales de la salud debido a las condiciones de trabajo estresantes y la alta carga de trabajo, sumándole la mortalidad de los pacientes. Se trata de un nivel moderado de DA (Death Anxiety) y las presentes características influyen en ésta: *“diferencias de cultura, religión, personalidad, frecuencia y gravedad del estrés laboral, agotamiento, evitación de la muerte por parte del paciente y eutanasia.”* (24)

Un estudio cuantitativo/cualitativo realizado en España a 15 enfermeras del ámbito sociosanitario (la mayoría de ellas con formación específica sobre la muerte) en relación a la ansiedad sobre la muerte (medida con la escala *“Collett-Lester Fear of Death Scale”* / CL-FODS) (25), mostró los niveles más altos los apartados *“propio proceso de morir”* y la *“muerte de otros”*. (26) Respecto al primero destacó *“el dolor que comporta el proceso del morir”*. Los valores más altos se dieron en el segundo apartado (*“muerte de otros”*) en los eventos (26):

- *Pérdida de una persona querida*
- *No poder comunicarte nunca más con ella*
- *Envejecer solo, sin la persona querida*
- *Ver como sufre dolor*

Las enfermeras también expresaron mayores emociones negativas ante muertes de

pacientes de edades bajas y menos pie a la aceptación natural de la muerte. También mayor temor ante muertes de pacientes con cierta similitud a ellas o a familiares, o de su misma edad. (26)

### **2.1.3 Consecuencias para los profesionales de la salud**

La OMS define salud como *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la usencia de afecciones o enfermedades”* (27) A su vez, define salud mental como *“un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.”* (27)

El enfrentamiento a la muerte de los pacientes puede ser una acontecimiento estresante para los profesionales del ámbito, y puede acarrear problemas para la salud de estos. (28-30)

En ocasiones puede producir sensación de fracaso o culpa a los profesionales, además de sensación de miedo, ansiedad, conmoción, tristeza, impotencia al menos en las primeras muertes dentro de su profesión. (21,31)

*“El presenciar la muerte ajena además de un acontecimiento subjetivo es un acontecimiento objetivo que enseña a la persona que lo presencia que lo mismo le debe ocurrir a ella”.*(2)

Estos profesionales pueden manifestar ansiedad ante la muerte, en primer lugar, al tener que comunicarse con familiares o con los mimos pacientes terminales al no sentirse preparadas. Respecto a la ansiedad ante la muerte de las enfermeras, teniendo en cuenta sus tres dimensiones emocional, cognitivo y experiencial como se ha comentado con anterioridad hay factores socioculturales y de desarrollo que influyen en su intensidad, como el caso de la edad, el género y la religiosidad. Experiencias anteriores con la muerte reducen su manifestación, así como la experiencia de la profesional. (11,16,24,32)

Esto acarrea consecuencias a nivel de conductas y actitudes del profesional, como en la calidad asistencial que proporcionan, afectando a su implicación empática o la forma en que se enfrentan a los estresores del trabajo. (11,16)

A su vez también consecuencias en la esfera conductual, emocional y afectiva del

profesional como las que podemos ver a continuación en la *tabla n°1*. (14,24,33)

<b>Consecuencias en la esfera conductual, emocional y afectiva</b>		
Pesimismo	Comprensión inadecuada de la vida	Frustración y Burnout
Depresión	Agotamiento	Ansiedad general
Trastorno de estrés postraumático	Quejas somáticas	Evitar pacientes graves si es posible
Fatiga por compasión	Irritabilidad con pacientes	Irritabilidad con familiares

Tabla n°2: Consecuencias en la esfera conductual, emocional y afectiva. Elaboración propia a partir de (14,24,33).

Otros factores que muestran estudios cualitativos aumentaron la dificultad a la hora de manejar estas situaciones para los profesionales fueron (11):

- Brindar consuelo sobre eventos que no habían experimentado
- Involucrarse demasiado
- Decir algo incorrecto a la hora de comunicarse
- Tener que actuar como intermediarios entre familia y paciente

La mayoría de los profesionales de la salud entienden la muerte de los pacientes como un proceso natural (31,32,34), no obstante, en el caso de la enfermería muchos terminan desarrollando alguna forma de defensa para afrontar el dolor y el sufrimiento. (21)

En los estudiantes puede verse incrementada esa ansiedad por el estrés y presión ocasionadas al deber de responder efectivamente ante esas situaciones durante su formación. (14)

Un estudio correlacional que analizó factores de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería en España concluyó que los estudiantes con más experiencia presentaban menos niveles, factores relacionados con la inteligencia emocional en concreto la claridad emocional se asoció a menor miedo a la muerte y según se iba avanzando en la carrera esa ansiedad disminuía. (11,26,33) No obstante otro estudio que se realizó con estudiantes de estados unidos concluía que el miedo a la muerte se desarrollaba a lo largo de la carrera, teniendo menos los estudiantes de primer año y más los de último, incluso mostrando mayor miedo los estudiantes de enfermería que otros de otras carreras. (35)

Es necesario la implementación dentro del programa de estudio de la carrera formación y educación sobre la muerte, así como estrategias de afrontamiento. (33)

#### **2.1.4 Estrategias de afrontamiento.**

Los profesionales para lidiar con este acontecimiento de primeras estresante que se presenta en su día a día, establecen mecanismos o estrategias de afrontamiento.

Factores como la práctica, el conocimiento, la madurez, la calma, la paciencia y el sentido del humor. También recursos personales como el afrontamiento existencial (religión, espiritualidad, esperanza) y afrontamiento emocional (autocuidado y salud mental). Todos influyen en la manera de enfrentarse al estresor y de adaptarse a él. (11)

Estudio que se realizó en Granada a profesionales de emergencias extrahospitalarias mostró algunas estrategias o pensamientos que ayudan al afrontamiento de estas situaciones (36):

1. *“A mí no me pasaría”*: buscar la causa del accidente o el error cometido por el afectado para justificar lo ocurrido con frases como *“Se lo ha buscado”* o *“yo no haría eso”* y de esta manera reducir la propia vulnerabilidad que también les afecta a ellos a la hora de que ocurra un accidente. No obstante, no siempre hay una causa o un error claros y esto suele producirles cierta ansiedad.
2. Cuando no hay nada que hacer con el paciente, algunos profesionales dejan a un lado esa empatía necesaria para una atención holística y se distancian de él para seguir trabajando.
3. *Formación y Positivismo*: Es necesaria la formación sobre cómo afrontar muertes traumáticas para reducir la ansiedad ante la muerte. Por otra parte, los profesionales que formaron parte del estudio mostraban una visión de la realidad positivista.
4. *Religión*: algunos lo usan como mecanismo, conceptos propios de religiones como la resurrección disminuyen la ansiedad ante la muerte. Sanitarios creyentes y practicantes muestran menos ansiedad ante la muerte.
5. *Humor como defensa*: como vía de escape para afrontar lo presenciado.
6. *Comunicación*: hablar de lo sucedido con otra persona.

Por otra parte, la aceptación de su propia muerte según un estudio realizado en México con enfermeras está relacionado con una mayor responsabilidad respecto a la situación (63.4%). (13)

Formar en estrategias de afrontamiento a los profesionales los prepara y ayuda a enfrentarse a la muerte y a cuidar su propia salud mental, estrategias como (19):

- *Fomentar las conexiones dentro del equipo*
- *Formación en comportamientos que ayuden a controlar la intensidad del estrés*
- *Ayudar a procesar las emociones y aprender de las experiencias.*

En la siguiente tabla se muestran estrategias usadas por enfermeras y profesional de emergencias para lidiar con la muerte de los pacientes, agrupándolos en recursos intrínsecos y extrínsecos del profesional. (37-39)

<b>Recursos intrínsecos</b>	
<b>Establecimiento de límites</b>	Distanciamiento tanto físico como emocional con los pacientes para mantener un equilibrio entre su vida personal y laboral.
<b>La reflexión</b>	La reflexión sobre la muerte del paciente, su propio comportamiento y sus emociones.
<b>Mostrar las emociones</b>	Mediante el llanto, bien durante la jornada o a acabarla, bien delante o no de los familiares. Es una manera de enfrentarse a las propias emociones.
<b>Las creencias de muerte</b>	<i>“la muerte como parte inevitable de la vida”</i> o <i>“parte del destino”</i> los profesionales tenían creencias propias que les ayudaban a afrontarlo.
<b>La experiencia de vida y trabajo</b>	La experiencia clínica del profesional disminuye su ansiedad ante la muerte.
<b>Rutinas y actividades diarias</b>	Actividades para desconectar del trabajo como hacer ejercicio, leer o interactuar con mascotas etc....
<b>Compartimentalización</b>	Separar o aislar pensamientos y emocionales que suponen un conflicto en el momento para suplir las necesidades o requerimientos a corto plazo. Puede ser perjudicial a largo plazo.

Tabla nº3: Recursos intrínsecos. Elaboración propia a partir de (37,38).

<b>Recursos extrínsecos</b>	
<b>Hablar y ser escuchado</b>	Muy valorado por los profesionales, compartir experiencias y recibir apoyo tanto de compañeros como de familiares de manera informal. El apoyo social y emocional es importante para la prevención de TEPT.
<b>Prácticas espirituales</b>	La religión, la fe o ritos espirituales de los profesionales ayudan a reducir la ansiedad ante la muerte y su afrontamiento
<b>Educación y programas</b>	Formación sobre el duelo y la muerte por parte de las instituciones ayudó a sobrellevar la muerte.
<b>Debriefing</b>	Consiste en reunirse con los compañeros y hablar de lo ocurrido, fomenta la expresión de sus sentimientos y consejos para las futuras intervenciones, la cohesión del grupo y el apoyo emocional.
<b>Defusing</b>	“Descompresión emocional” como método para exteriorizar emociones y sentimientos percibidos tras el suceso. Lo ideal es hacerlo al final de la jornada laboral.

Tabla nº4: Recursos extrínsecos. Elaboración propia a partir de (37-40).

### 2.1.5 La muerte del paciente crítico.

Dejando a un lado la muerte de los pacientes terminales crónicos y centrándonos en los pacientes críticos, la muerte de estos respecto a la atención que reciben por parte de los profesionales se diferencia del resto en que la relación entre estos es por un tiempo corto y limitado, en general en estos casos no se llega a desarrollar una relación personal entre profesional y paciente por lo que la aceptación neutral de la muerte suele ser la predominante. (34)

Una revisión sistemática cualitativa señala que enfermeras y médicos de servicios de urgencias hospitalarias afrontan de manera más eficaz la muerte de origen aguda o crítica frente a las de causas crónicas o paliativas. (41)

A su vez un estudio cualitativo realizado a enfermeras chinas indica que la muerte súbita del paciente se considera más difícil de aceptar. (31)

Es necesario resaltar dos factores que incrementan el estrés y la dificultad de afrontamiento para los profesionales:

<b>Pacientes de la misma edad que el profesional</b>	<b>Niños</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- El hecho de identificarse del alguna manera con el paciente puede influir en esa relación personal de la que se habla anteriormente y ser causa de más estrés.</li><li>- Ligado a esto, la familia del profesional influye y puede cambiar su percepción de muerte.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se considera un estresor crítico, la muerte de pacientes de edad corta supone para el profesional un agravante a la hora de afrontar la situación.</li><li>- Si el profesional tiene hijos la manera de describir el suceso traumático cambia.</li><li>- Tanto la muerte como el abuso sexual del menor se consideran de los factores más estresantes.</li></ul>

*Tabla nº5 Factores que incrementan el estrés del profesional. Elaboración propia a partir de (34,36,42).*

Por último, añadir respeto a la presencia o no de familiares en el lugar del suceso que gran parte de profesionales de enfermería prefieren la no presencia de familiares en general en los procedimientos invasivos y en especial en la realización de RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) por el potencial de generar ansiedad tanto a ellos mismos como a los familiares. (22)

Para entender mejor la relación entre el profesional y el paciente con situación crítica a

continuación exponemos la teoría de Barney Glaser y Anselm Strauss que redactan en su estudio “*Awareness of Dying*” sobre las “*Awareness Contexts*”. Muestran 4 fases que describen el contexto en el cual interactúan profesional y paciente mientras toman consciencia de la muerte próxima del paciente (43):

<b>Awareness Contexts</b>	
<b><i>Closed awareness</i></b>	El paciente no es consciente de su muerte próxima, pero el profesional si lo es.
<b><i>Suspicion awareness</i></b>	El paciente comienza a sospechar sobre su muerte, por actitudes y conductas de los profesionales y de la familia.
<b><i>Mutual-pretense</i></b>	Tanto el paciente como el profesional son conscientes de la realidad, pero tratan de evitarla o de buscar alternativas.
<b><i>Open awareness</i></b>	Paciente y profesional entienden que se está muriendo y actúan en consecuencia. Es el momento en el que el paciente puede despedirse de sus seres queridos.

*Tabla n°6 Awareness Contexts. Elaboración propia a partir de (34,43).*

### **2.1.6 Muerte del paciente crítico en entorno de extrahospitalaria**

Si nos vamos al entorno de extrahospitalaria, dadas sus características propias diferentes a la atención hospitalaria el suceso de la muerte del paciente puede afectar de manera distinta a los profesionales.

Tanto si hablamos de Soporte Vital Básico como de Soporte Vital Avanzado, el equipo de atención extrahospitalaria es la primera dotación sanitaria que llega al incidente.

Sus experiencias de muerte a menudo son repentinas y traumáticas, y por lo tanto pueden surgir emociones negativas ante esta en mayor medida que otras personas. (14)

Es por esas “*Bofetadas de realidad*” o “*señales de mortalidad*” que viven a menudo estos profesionales que es posible que surjan emociones y síntomas tales como: *agotamiento, depresión, fatiga, ansiedad general, síntomas somáticos o trastorno de estrés postraumático (TEPT)*.(14)

Dado el gran riesgo que estos profesionales sufren sobre su salud mental y sumado a la tensión intrínseca del sistema de emergencias como lo son limitaciones de tiempo para el tratamiento, la situación crítica del paciente, las expectativas de los familiares, el poder de decisión en situaciones tiempo dependientes y factores relacionados con recursos humanos

(44), es necesaria la investigación sobre la afectación de la muerte del paciente a los profesionales de la salud en concreto de emergencias extrahospitalarias pues hay escasez de estudios sobre enfermeras y paramédicos de emergencia y varios autores sugieren que este tipo de profesionales son más susceptibles a la ansiedad ante la muerte. (14)

Los eventos cómo: *La comunicación de malas noticias, ser testigo de una muerte traumática, incidentes terroristas y muerte súbita* son eventos que reducen el espacio ficticio que comúnmente creamos entre la vida y la muerte propia y hacen ver al profesional que eso mismo le puede ocurrir a el mismo, profesionales de emergencias están expuestos a altas tasas de estos tipos de incidentes críticos. (14)

Estos profesionales aparte de tener más posibilidades de ser testigos en incidentes críticos o traumáticos también cuentan con que en muchas ocasiones existe riesgo para su propia vida provocado por eventos a veces impredecibles como “*agresiones, accidentes o contacto con enfermedades infecciosas*” y esto posibilita la aparición de TEPT (Trastorno de Estrés Post Traumático) con la aparición de los síntomas mostrados en la *tabla nº6*.(45)

#### **Grupos de síntomas de TEPT en profesionales de emergencia**

- Síntomas de reexperimentación del evento traumático
- Evitación del estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general
- Síntomas de aumento de la excitación

*\*Es requisito que los síntomas estén presentes al menos durante un mes y con afectación en la vida social, laboral y otras importantes de la vida del profesional.*

*Tabla nº7 Grupos de síntomas de TEPT en profesionales de emergencia, elaboración propia a partir de (45).*

El concepto de alexitimia, definido como “*incapacidad de identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios*” (46) así como la ansiedad ante la muerte comentada con anterioridad también se relaciona con el personal de emergencias. En concreto un estudio realizado en Irán a técnicos de emergencias sanitarias observó como los profesionales mostraron elevados niveles de ansiedad ante la muerte y de alexitimia. (47) Del mismo modo también habría que tener en cuenta los trastornos físicos y mentales que pueden provocar ambas. Es necesario educar a estos profesionales con el objetivo de reducir estos síntomas. (47)

## 2.2 Justificación.

Los profesionales de la salud lidian con la muerte de los pacientes a diario, es un fenómeno estresante, difícil de abarcar. Existen maneras para afrontar de mejor o peor manera estos sucesos, y estudios coinciden en que la educación y formación, así como la experiencia en el ámbito ayuda a los profesionales a afrontar estas situaciones con menor dificultad y de manera más resolutiva. (16,17)

Existen numerosos estudios que abordan la percepción de la muerte y las consecuencias para los profesionales de la salud de hospitales realizados muchos países, en especial en ámbitos como la oncología, cuidados críticos, urgencias o servicios paliativos. (14,28,48)

No obstante, el ámbito de las emergencias extrahospitalarias se ha abordado en menos medida, a nivel internacional es cierto que se ha investigado sobre el tema en países como Irán, Hungría o Reino Unido. (14,34)

A nivel nacional son escasos los estudios tanto en personal sanitario, como no sanitario como por ejemplo bomberos o policías que comparten algunas de las características que hacen susceptible a este colectivo respecto a la presencia de escenarios o muertes traumáticas. (36,49)

El personal sanitario de emergencias, dada la naturaleza de su trabajo, se expone a diario a sucesos estresantes además de situaciones traumáticas y catastróficas implicando la muerte de pacientes en numerosas ocasiones. Por ello, se trata de un colectivo de profesionales susceptibles en gran nivel a sufrir consecuencias físicas y mentales como ansiedad ante la muerte, alexitimia, TEPT, depresión y más. Estudios abogan por la elevada incidencia de estos trastornos en este colectivo. (14,47)

Muchos a raíz de la exposición frecuente al sufrimiento acuden a la supresión emocional, que se asocia con mayor riesgo de desensibilización y menor empatía a la hora de tratar con pacientes. Además de tener un potencial significativo de reducir la calidad de vida profesional por incremento de fatiga por compasión y burnout. Técnicas como el “defusing” o el “debriefing” pueden mejorar la resiliencia y los mecanismos de afrontamiento. (37,39,40)

Es necesaria la formación de estos profesionales encaminada a afrontar estas situaciones y preservar su salud mental.

En concreto en la comunidad y ayuntamiento de Madrid los dos principales servicios de emergencias SUMMA 112 y SAMUR-Protección Civil cuentan con un equipo de psicólogos clínicos encargados entre otras cosas de realizar una primera intervención a los profesionales sanitarios intervinientes en el caso de que estos lo requieran además de

formar a sanitarios, bomberos y policías municipales en el caso del servicio municipal (SAMUR). (50,51)

Para progresar en el campo de las emergencias sanitarias y aumentar la calidad asistencial de los cuidados proporcionados es importante indagar sobre como perciben los profesionales las muertes traumáticas de los pacientes y como les afecta en su desempeño asistencial, así como en su vida personal. Para así determinar qué factores afectan al profesional y cómo lo hacen a la hora de percibir la muerte traumática y sus consecuencias. Para ello se seguirá la metodología del proyecto de investigación de estudio observacional.

### **3.Objetivos.**

#### **Objetivo general:**

- Conocer la percepción que tiene el personal sanitario de emergencias ante la muerte traumática del paciente.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar mecanismos o técnicas de afrontamiento de los profesionales ante las muertes traumáticas.
- Identificar problemas derivados de la exposición constante a muertes traumáticas. Así como síntomas relacionados con un posible trauma.
- Evaluar los niveles de estrés percibido en los profesionales de emergencias.
- Estudiar la presencia de síntomas relacionados con la alexitimia como consecuencia de la vivencia de muertes traumáticas en los profesionales sanitarios de emergencias.
- Evaluar la ansiedad estado/rasgo y la ansiedad ante la muerte de los profesionales de emergencias sanitarias. Y su relación con la categoría profesional y la inteligencia emocional.
- Evaluar la influencia de la realización de “debriefing” y “defusing” tras sucesos de alto impacto emocional, en el nivel de ansiedad ante la muerte, burnout y alexitimia en los profesionales.

## **4. Metodología.**

### **4.1 Diseño del estudio.**

*“Percepción de los profesionales de emergencias sanitarias ante la muerte traumática del paciente”* es un estudio de investigación de tipo observacional descriptivo correlacional, dado que su objetivo es conocer cómo afecta a los profesionales de emergencias sanitarias la exposición continua a muertes traumáticas, e investigar posibles factores influyentes en la percepción de estos. Todo ello sin realizar ninguna intervención a la muestra, basándose exclusivamente en la recopilación de datos y su sucesiva interpretación.

Dado el método de recopilación de datos que se realizará de manera única en el tiempo, se trata de un estudio de carácter transversal.

El presente estudio de investigación de tipo observacional, descriptivo, correlacional y de carácter transversal muestra el diseño de estudio óptimo para la correcta recopilación de datos y sucesivo análisis que se busca con el fin de cumplir tanto con los objetivos específicos, como con el objetivo general.

En cuanto a la temporalidad del estudio, su duración total será de 6 meses. A continuación, en el apartado de fases del estudio se especifican las fases y el cronograma a seguir.

### **4.2 Sujetos de estudio**

La población diana del estudio son los trabajadores de emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid, incluyendo en este colectivo a técnicos de emergencias sanitarias, enfermeros/as de emergencias y médicos/as de emergencias que trabajen en alguno de los dos servicios de emergencias sanitarias siguientes, el de la comunidad de Madrid (SUMMA 112) o el del ayuntamiento de Madrid (SAMUR-Protección civil).

Se considera población accesible la que voluntariamente acepte participar en el estudio y pertenezca a alguno de los dos servicios anteriormente mencionados.

El muestreo se considera no probabilístico, y de tipo consecutivo abarcando a todos los profesionales pertenecientes a SUMMA 112 o SAMUR-Protección civil y acepten formar parte del estudio. Se usa este tipo de muestreo, no probabilístico consecutivo, con el fin de abarcar a toda la población que cumpla con los criterios de inclusión para lograr datos lo

más fiables posibles y que representes al colectivo general.

A continuación, se indica los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio:

- **Criterios de inclusión:**

- Poseer alguna de estas titulaciones:
  - Título de Grado o Diplomado universitario de Enfermería. Además de Poseer el título que acredite haber realizado un máster o experto en Enfermería de urgencias extrahospitalarias.
  - Título de Técnico en Emergencias Sanitarias.
  - Título de Grado en Medicina.
- Pertenecer o haber pertenecido a los servicios de SUMMA 112 o SAMUR-Protección Civil.
- Trabajar o haber trabajado en un puesto con desempeño asistencial.
- Haber expresado la voluntad de participar en el estudio.
- Haber firmado y entregado el consentimiento informado referente al estudio.

- **Criterios de exclusión:**

- No haber vivido ninguna muerte traumática en su desempeño laboral como profesional de emergencias sanitarias.
- Se excluye profesionales que ejerzan un puesto de asistencia telefónica.

El tamaño de la muestra será limitado por la cantidad de profesionales pertenecientes a los dos servicios correspondientes, los últimos datos disponibles indican que en el SUMMA 112 ejercen 1.565 profesionales (550 técnicos de emergencias sanitarias, 517 médicos y 498 enfermeras) y en SAMUR-Protección civil ejercen 824 profesionales (599 técnicos de emergencias sanitarias, 119 médicos y 124 enfermeras). Por lo que el total sería de 2.407 (N=2.407) profesionales. (52,53)

Se usa la técnica de cálculo de tamaño muestra en poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% (z=1.96), un margen de error del 5% (e=0.05). Puesto que no se han encontrado estudios previos con las mismas características de grupo, la variabilidad negativa y positiva será del 50% (p=q=0.5)

$$n = \frac{z^2 Npq}{e^2(N-1) + z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 2407(0.5)(0.5)}{(0.05)^2 * (2407-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 2.311,6828 / 6,9754$$

$$n = 332$$

El tamaño muestral necesario para el presente estudio es de 332 profesionales.

### 4.3 Variables

A continuación, en la *tabla nº8* se enumeran las variables del estudio y sus características, seguidamente se explica una a una.

<b>Nombre</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Herramienta de medición</b>	<b>Categorías posibles</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua	Cuestionario	Medida en años, de 16 a 70
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	Femenino/Masculino
<b>Estado civil</b>	Cualitativa nominal politémica	Cuestionario	Soltero/Casado/Divorciado /Viudo/otros
<b>Hijos/as</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	SI/NO
<b>Religión</b>	Cualitativa nominal politémica	Cuestionario	Cristianismo/Hinduismo /Islam/Ninguna.
<b>Categoría profesional</b>	Cualitativa nominal politémica	Cuestionario	Grupo 1 (G1): Técnicos de emergencias sanitarias. Grupo 2 (G2): Enfermeras de emergencias. Grupo 3 (G3): Médicos de emergencias.
<b>Formación específica relacionada con la muerte</b>	Cualitativa nominal politémica	Cuestionario	-SI/NO En el caso de que sí: - Máster de cuidados paliativos -Otro tipo de formación relacionada con la muerte del paciente
<b>Percepción de estado de salud física</b>	Cualitativa nominal	Cuestionario	Buena/regular/mala.

	politómica		
<b>Percepción de estado de salud mental</b>	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario	Buena/regular/mala
<b>Psicofármacos</b>	Cualitativa Nominal dicotómica	Cuestionario	SI/NO
<b>Realización de técnicas de relajación/mindfulness /Yoga</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	SI/NO
<b>Realización de ejercicio físico habitual</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	SI/NO
<b>Técnica de afrontamiento</b>	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario de libre respuesta	Respuesta libre
<b>Pérdida reciente de un ser querido</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	SI/NO
<b>Años de experiencia en emergencias</b>	Cuantitativa continua	Cuestionario	Medida en años, de 1 a 52
<b>Ansiedad ante la muerte</b>	Cualitativa ordinal	Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAI)	
<b>Edad del primer muerto en entorno laboral.</b>	Cuantitativa continua	Cuestionario	Medida en años, de 16 a 60 años
<b>Ansiedad estado</b>	Cualitativa ordinal	Escala de State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	
<b>Ansiedad rasgo</b>	Cualitativa ordinal	Escala de State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	
<b>Nivel de estrés percibido</b>	Cuantitativa continua	Escala de estrés percibido (EEP-	Cuanto más puntuación más estrés.

10)			
<b>Alexitimia</b>	Cualitativa ordinal	Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)	
<b>Burnout</b>	Cualitativa ordinal	Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	
<b>Tipo de turno laboral</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	8h / 12h / 17h / 24h Nocturnidad: Si / No
<b>Número de muertes presenciadas en el trabajo</b>	Cualitativa ordinal	Cuestionario	M1: 1-10 M2: 11-80 M3: 80-150 M4: >150
<b>Percepción aumento del impacto emocional según la edad del paciente</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	-Niños: SI/NO -Misma edad que el profesional: SI/NO
<b>Realización de debriefing tras sucesos</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	SI/NO
<b>Realización de defusing tras sucesos</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	SI/NO
<b>TEPT</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Escala de Trauma de Davidson (DTS)	SI/NO
<b>Inteligencia emocional</b>	Cualitativa ordinal	Escala de Trait Meta-Mood Scale en su versión TMMS-24	

*Tabla n°8 Variables del estudio y sus características. Elaboración propia.*

- **Edad:** Esencial para identificar posibles cambios de perspectiva relacionados con la edad del profesional y la manera en que afecta a estos las muertes traumáticas. El límite superior es 70 años dado que en el estudio se podrán incluir profesionales ya retirados de la profesión.
- **Sexo:** existe la posibilidad de que se trate de un factor influyente en la percepción de la muerte, hay evidencia de que es influyente factores relacionados con la ansiedad y la presencia de alexitimia.
- **Estado civil:** otros estudios realizados en hospitales afirman la influencia de esta variable en sanitarios sobre la actitud frente a la muerte y la ansiedad.
- **Hijos:** la evidencia afirma que independientemente del número de hijos/as, el hecho de tenerlos puede aumentar la ansiedad ante la muerte y modifican la percepción de los profesionales.
- **Religión:** influye en la actitud ante la muerte de los profesionales. La evidencia sugiere que profesionales creyentes obtienen puntuaciones más bajas en ansiedad ante la muerte. Se incluyen Cristianismo, Hinduismo e Islam puesto que son las más comunes en la población a la que va dirigida el estudio.
- **Categoría profesional:** se distinguen tres grupos
  - Grupo 1 (G1): Técnicos de emergencias sanitarias.
  - Grupo 2 (G2): Enfermeras de emergencias.
  - Grupo 3 (G3): Médicos de emergencias.

Se incorpora esta variable al estudio con el objetivo de obtener mayor precisión a la hora de la recogida de datos, además de identificar posibles relaciones con el nivel de formación.

En el caso de que el participante posea varios de los títulos mencionados, se le incluirá en el grupo donde está ejerciendo su profesión en la actualidad.

- **Formación específica relacionada con la muerte:** la evidencia muestra que la formación acerca de la muerte disminuye la ansiedad ante la muerte de los profesionales y les dota de más recursos a la hora de afrontar esas situaciones. En el cuestionario se incluirá
  - Máster en cuidados paliativos.
  - Otro tipo de formación relacionada con la muerte del paciente.
- **Estado de salud física:** se divide en tres categorías (Buena/Regular/Mala) a criterio del participante para evaluar la percepción de salud del sujeto. A su vez registrar posibles patologías que pueda tener que influyan en el resultado.
- **Estado de salud mental:** como la variable anterior, se divide en tres categorías (Buena/Regular/Mala) con el fin de registrar la percepción del sujeto sobre el estado

de su salud mental y que esto pueda influir en su percepción de la muerte. También busca recoger posibles trastornos psicológicos que existan.

- **Psicofármacos:** con la intención de identificar relación entre el tratamiento con fármacos como benzodiacepinas o antidepresivos y posibles modificaciones de la percepción del profesional.
- **Realización de técnicas de relajación/mindfulness/Yoga y realización de ejercicio físico habitual:** ambas variables se estudian en varios estudios en cuanto al impacto que tienen en los profesionales sanitarios a la hora de afrontar situaciones estresantes en el trabajo, la muerte traumática del paciente puede ser una de ellas. En el estudio se consideran variables dicotómicas (SI/NO) donde el participante señalara la casilla afirmativa en el caso de realizar alguna de esas acciones al menos 3 veces a la semana.
- **Técnica de afrontamiento:** se valorará con una respuesta libre, donde el participante deberá de expresar en pocas palabras una o dos técnicas que use en su trabajo y que crea que le ayudan a la hora de afrontar una situación de alto impacto emocional.
- **Pérdida reciente de un ser querido:** Referido a el último mes, para investigar si existe relación con alguna de las variables estudiadas. Estudios mencionan esta variable como un factor influyente en la ansiedad ante la muerte.
- **Años de experiencia en emergencias:** en estudios realizados en el ámbito hospitalario es una variable que se consideran muy influyente respecto a la visión de la muerte, siendo indirectamente proporcional al nivel de ansiedad ante la muerte, podría ser debido a la mayor exposición a muertes.
  - En el caso de que existan participantes con dos o más títulos de los mencionados en los criterios de inclusión y hayan ejercido en ambos puestos, se reflejará en el cuestionario el total de años de experiencia en el sector, independientemente del puesto de trabajo.
  - En el caso de que se trate de menos de un año de experiencia en el estudio se tratará como 1 año de experiencia.
  - El límite es de 52 debido a que es el máximo de años posibles de experiencia desde los 18 a los 70.
  - Se valoran los años de experiencia en el sector independientemente de si son trabajados o como voluntario de protección civil en el caso de SAMUR-Protección civil. No obstante, se comenzará a contar desde que el sujeto entra dentro de los criterios de inclusión, es decir en el momento en que adquiere alguno de los títulos mencionados y es mayor de edad.

- **Ansiedad ante la muerte:** valorada con la escala de Ansiedad ante la Muerte (DAI), con el fin de objetivar de manera cualitativa el nivel de ansiedad ante la muerte de los profesionales y estudiar su relación con las demás variables.
- **Edad del primer muerto en entorno laboral:** entendida como edad a la que el profesional experimentó por primera vez la muerte de un paciente que estaba bajo su cuidado. En el caso de que el profesional posea varios títulos de los mencionados anteriormente, se tendrá en cuenta la primera muerte presenciada con la categoría profesional seleccionada con anterioridad en el cuestionario.
- **Ansiedad estado y Ansiedad rasgo:** ambas valoradas con la escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Se define la ansiedad estado como el estado emocional transitorio que experimenta y percibe el propio individuo. Y ansiedad rasgo como la tendencia o propensión del individuo a la ansiedad.  
De esta manera se pueden buscar posibles relaciones entre las distintas variables y los resultados de la escala, junto con la posibilidad de identificación de desviaciones del colectivo que se estudia respecto a los percentiles generales.
- **Nivel de Estrés percibido:** valorado con la escala de estrés percibido EEP-10, la escala muestra la percepción de estrés del sujeto, es decir, el nivel de estrés que le genera a la persona diferentes situaciones de su día a día. Con esta escala se busca identificar posibles factores moduladores del nivel de estrés en los profesionales.
- **Alexitimia:** medida con la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20), según la evidencia de un estudio, el personal de emergencias, en concreto técnicos de emergencias, son propensos a desarrollar alexitimia por la naturaleza de su trabajo. Es interesante investigar la relación de esta variable con el colectivo que se va a estudiar.
- **Burnout:** se valorará con el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). El síndrome de burnout está relacionado con la salud mental de los profesionales y a su vez con la aparición de síntomas de ansiedad, alexitimia o depresión. Se incluye esta variable para identificar posibles relaciones con la percepción de la muerte en los trabajadores.
- **Tipo de turno laboral:** En estudios parecidos realizados en hospitales con profesionales sanitarios se ha incluido esta variable como influyente en diversos factores que se van a valorar en este estudio. En emergencias los turnos suelen ser largos entre 12 y 24 horas en ocasiones abarcando la noche de por medio, es interesante investigar sobre su influencia.

- **Número de muertes presenciadas en el trabajo:** se describen 4 grupos de elección (M1, M2, M3 y M4) con los intervalos definidos en la tabla nº8. En diversos estudios se incluye esta variable, así como también años de experiencia que es probable que por la naturaleza de ambas estén relacionadas. Se llega a la conclusión de que cuantas más muertes presenciadas, síntomas relacionados con la ansiedad ante la muerte disminuyen, no obstante, es interesante investigar su influencia en otras variables como el TEPT o el burnout.
- **Aumento del impacto emocional según la edad del paciente:** se valorará con dos preguntas en el cuestionario, una referida a cuando el profesional se expone a la muerte de un niño/a y otra a cuando se expone a un paciente de su misma edad. La evidencia sugiere que estos dos sucesos son estresores críticos para el profesional.
- **Realización de “debriefing” o “defusing” tras sucesos:** existe evidencia de ambas respecto a la influencia que tienen de modular la percepción del profesional ante situaciones estresantes y aparición de síntomas compatibles con trastornos de ansiedad o TEPT.  
El participante marcará la respuesta afirmativa en el cuestionario cuando se realice la acción tras un suceso de alto impacto emocional, independientemente de que sea de manera formal o informal.
- **TEPT:** se evalúa con la escala de trauma de Davidson (DTS). Según estudios, este colectivo es propenso a desarrollar síntomas relacionados con TEPT por las características de su trabajo.
- **Inteligencia emocional:** medida con la escala de Escala de Trait Meta-Mood Scale en su versión TMMS-24, la inteligencia emocional influye en la manera en que el sujeto se enfrenta a situaciones estresantes. Otros estudios la incluyen como factor modulador de ansiedad ante la muerte de profesionales y estudiantes sanitarios.

## 4.4 Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos del presente estudio se realizará una vez los participantes hayan firmado el consentimiento informado que se presenta en el *anexo II*. Los datos obtenidos se tratarán de manera confidencial y anónima sin la posibilidad de identificación ni relación de los participantes con sus resultados.

Las herramientas de recogida de datos se muestran a continuación:

- **Cuestionario de datos sociodemográficos, personales y profesionales:** recoge todas las variables correspondientes citadas con anterioridad en la *tabla nº8*, plasmando las características principales que se van a estudiar del participante. (Anexo III)
- **Cuestionario de libre respuesta para variable “Técnica de afrontamiento”:** en este cuestionario se reflejarán las técnicas que los participantes usan en su día a día cuando se enfrentan a situaciones de alto impacto emocional. Se trata de una o dos respuestas desarrolladas en no más de un párrafo cada una. (Anexo III)
- **Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI):** se trata de una escala validada en población española que evalúa la ansiedad ante la muerte de los participantes con un cuestionario que realiza el propio participante de 20 ítems y respuestas tipo Likert de 1 a 5 puntos (“total de acuerdo”, “moderado acuerdo”, “ni acuerdo ni desacuerdo”, “moderado desacuerdo” y “total desacuerdo”). La escala identifica 5 factores significativos: *generadores externos de ansiedad ante la muerte, significado y aceptación de la muerte, pensamientos sobre la muerte, vida después de la muerte, brevedad de la vida.*

La puntuación va desde 20 a 100 siendo 20 la más baja respecto a ansiedad ante la muerte y 100 la máxima. (54,55) (Anexo IV)

- **Escala de ansiedad estado/ansiedad rasgo:** Se trata de la escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Como se menciona anteriormente, la escala determina la tendencia a la ansiedad analizando por una parte la ansiedad estado, refiriéndose al estado emocional transitorio que experimenta y percibe el propio individuo. Y por otra parte la ansiedad rasgo, refiriéndose a la tendencia o propensión del individuo a la ansiedad. Distingue entre edades y géneros, además permite la comparación de los resultados con percentiles de la población general. Se compone de 20 ítems cada una de las dos, con respuesta tipo Likert de 4 puntos, en el cuestionario de estado (“0= nada, 1= algo, 2= bastante, 3= mucho”) y en el cuestionario de rasgo (“0= casi nunca, 1= a veces, 2= a menudo, 3= casi siempre”) El tiempo de realización del cuestionario es aproximadamente 15 minutos. (56-58) (Anexo V)

- **Escala de estrés percibido (EEP-10):** versión en castellano validada de la escala *Perceived Stress Scale* (PSS) de Cohen, en su versión PSS-10.(59)

Mide la percepción de estrés psicológico mediante 10 cuestiones acerca del estrés percibido en el último mes. Presenta 5 opciones de respuesta (“nunca”, “casi nunca”, “de vez en cuando”, “a menudo” y “muy a menudo”) con puntuaciones de 0 a 4 respectivamente excepto los ítems 4, 5, 7 y 8 que la puntuación es invertida. La puntuación es directamente proporcional al nivel de estrés percibido. (60) (Anexo VI)
- **Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20):** escala adaptada al español por Martínez Sánchez.(61)

Se compone de un autoinforme con 20 ítems y respuestas tipo Likert de 5 puntos (“Total de acuerdo – Total desacuerdo”) donde los ítems 4,5,10,18 y 19 se valoran inversamente. Evalúa tres factores, 1. *Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional*, 2. *Dificultad para describir sentimientos*, y 3. *Pensamiento orientado a lo externo*.

El rango de los resultados esta ente 20 y 100 puntos, donde la alexitimia es directamente proporcional al resultado.(61) (Anexo VII)
- **Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI):** validado en español con una muestra de profesionales sanitarios. (62) El cuestionario evalúa sentimientos y pensamientos de los profesionales relacionados con el entorno laboral, donde se valoran 3 dimensiones muy influyentes en el desarrollo del síndrome del Burnout, “cansancio emocional” EE (9 ítems: 1,2,3,6,8,13,14,16,20), “despersonalización” DP (5 ítems: 5,10,11,15,22) y “falta de realización personal.” PA (8 ítems: 4,7,9,12,17,18,19,21).

Está formado en total por 22 ítems y el formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (“nunca=0, pocas veces al año o menos=1, una vez al mes o menos=2, unas pocas veces al mes=3, una vez a la semana=4, pocas veces a la semana=5, todos los días=6). Respecto a la valoración según las 3 subescalas, los rangos que declararían síntomas claros de burnout serían: -EE > 26 puntos, -DP >9 puntos, -PA < 34 puntos. (63,64) (Anexo VIII)
- **Escala de Trauma de Davidson (DTS):** Para evaluar la aparición de TEPT su usará la escala de Trauma de Davison validada para muestras españolas.(65,66)

Con formato de autoinforme, se trata de una escala con 17 ítems referidos a sucesos experimentados en la última semana. Tiene respuestas tipo Likert de 5 puntos referidos a frecuencia o gravedad del ítem (“0=nunca/nada, 1=a veces/leve, 2=2-3 veces/moderada, 3=4-6 veces/marcada, 4=a diario/ extrema”). Los ítems evalúan los criterios diagnósticos según el DSM IV del Trastorno de estrés postraumático

(TEPT).(67)

- **Escala de Trait Meta-Mood Scale en su versión TMMS-24:** La original Trati Meta-Mood Scale (TMMS) consta de 48 ítems (68). En este estudio se va a aplicar la versión creada por Fernández, Extremera y Ramos de la escala validada al español (TMMS-24), que consta de 24 ítems en formato autoinforme, con respuesta tipo Likert de 5 puntos (“1=*totalmente en desacuerdo*, 2=*algo de acuerdo*, 3=*Bastante de acuerdo*, 4=*muy de acuerdo*, 5= *totalmente de acuerdo*”). La escala evalúa tres esferas (“*atención a las emociones*”, “*claridad emocional*” y “*reparación emocional*”).(69,70)

A continuación, se especifican las visitas concertadas con los participantes para la realización de los cuestionarios y las escalas.

1. Captación de posibles participantes: mediante correo electrónico el investigador contactará con el responsable de investigación de los servicios de SUMMA 112 y SAMUR-Protección civil con el objetivo de presentar el proyecto de investigación y proponer la realización de este con los profesionales de ambos servicios. Seguidamente se enviará una breve descripción del estudio con los criterios de inclusión y exclusión, así como el consentimiento informado, correo que se le reenviará a los profesionales candidatos a participar en el estudio. Mediante una encuesta incluida en el correo se recopilarán los datos de los participantes que accedan a participar en el estudio y cumplan con los criterios. Una vez recopilada la lista de participantes se les propondrá dos posibles fechas para acudir a la cita que se describe a continuación.
2. Primera visita, entrega y firma del consentimiento informado y realización de cuestionarios: la realización de los cuestionarios y la firma del consentimiento informado, así como el compromiso de confidencialidad de los datos y la hoja informativa del estudio; se realizará en el periodo de una semana. Se reunirán a los participantes proponiéndoles 3 fechas opcionales de la misma semana, teniendo que acudir solo a una de ellas de manera presencial. En esta, los participantes, en primer lugar, firmará el consentimiento informado impreso que se les entregará, no obstante, con anterioridad se les enviará por correo una copia de este para leerlo. A continuación, realizarán en un aula en formato de encuesta de *Google forms*® el “cuestionario de datos sociodemográficos, personales y profesionales” (Anexo III), y

el cuestionario de libre respuesta para la variable “Técnica de afrontamiento” incluida en el mismo anexo III. El tiempo para rellenar los cuestionarios será de un máximo de 50 minutos.

Finalmente dado que se trata de la única visita presencial que se realizará en el estudio con el fin de facilitar a los profesionales la participación en este, se explicará el método de realización de las escalas en formato online que la siguiente semana se les enviarán y tendrán que rellenar.

El tiempo total de la sesión será de 90 min

3. Envío de formularios a rellenar con las escalas pertinentes: como se comenta anteriormente, la realización de las escalas restantes será en formato online. Por correo electrónico se le enviará a cada participante un total de 7 formularios (mostrados en el apartado de anexos) divididos en 2 tandas, en los cuales el participante deberá identificarse con nombre y apellidos en cada una de ellas. En la sesión anterior se explicará con claridad como rellenar las diferentes encuestas y se resolverán dudas, así como se dejará con correo electrónico y un número de teléfono de contacto por si fuese necesario contactar con el investigador. Como requisito para realizar las escalas cabe destacar que el profesional deberá de realizarlas en un lugar tranquilo, fuera del turno laboral y sin estresores cerca, con el fin de realizar una recogida de datos lo más fiable posible.
  - a. Primera tanda: El lunes de la semana siguiente a la recogida de datos presencial y la firma del consentimiento informado se enviarán las 3 primeras escalas a rellenar: Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI) (Anexo IV), escala de ansiedad estado/ansiedad rasgo (STAI) (Anexo V), y escala de estrés percibido (EEP-10) (Anexo VI). El tiempo para la realización de estas escalas será de 7 días, es decir hasta el domingo de esa semana.
  - b. Segunda tanda: el martes de la semana siguiente se mandarían las escalas a rellenar restantes, en el caso de haber recibido algún participantes no haya rellenado bien alguna de las escalas anteriores se le volverá a enviar junto con estas comentando el posible error. Se enviarán las escalas de: Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Anexo VII), cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) (Anexo VIII), escala de Trauma de Davidson (DTS) (Anexo IX), escala de Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) (Anexo X).  
Se dará un tiempo de 7 días para rellenarlas y enviarlas.

Los cuestionarios online se crearan con el software de *Google Forms*®, en el apartado de anexos se pueden encontrar tanto las escalas como los cuestionarios propios que se realizarán mediante esta herramienta. El objetivo de esta medida es facilitar la tarea tanto para el participante como para el investigador, por un lado, ahorra el tener que concertar una segunda cita con los profesionales con el tiempo que ello supone, y por otra parte para el investigador la recogida de datos se realiza de manera más óptima y minimizando errores ya que la herramienta permite exportar los resultados a un documento con formato “.xlsx” para su correcta lectura desde el programa *Microsoft® Excel*®.

## 4.5 Fases del estudio, cronograma

El presente estudio consta de cuatro fases separadas cronológicamente que se presentan a continuación; fase conceptual, fase metodológica, fase empírica y fase de presentación.

- El estudio comienza con la fase conceptual, en esta se identifica el problema que se quiere investigar, su dimensión y los objetivos pertinentes. Identificada la necesidad de investigar sobre la percepción de la muerte traumática por parte de los profesionales, se comienza a desarrollar el estado de la cuestión en primer lugar con una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos y usando los términos ya mencionados con anterioridad junto con fuentes alternativas como libros. Una vez adquirida toda la información necesaria para adquirir un marco conceptual adecuado se procede a la fundamentación del problema y al desarrollo del estado actual del tema en cuestión. Siguiendo con la respectiva justificación sobre la necesidad de estudio. Finalizando con los objetivos del estudio correspondientes, tanto específicos el general y la elaboración de la hipótesis del presente estudio, "El personal sanitario de emergencias en España no tiene herramientas suficientes de afrontamiento ante la muerte traumática en el medio extrahospitalario."

La duración total de esta fase es de 3 meses, de septiembre a noviembre.

- Continúa con la fase metodológica donde a raíz de los objetivos se especifica el tipo de estudio a realizar, se trata de un estudio observacional descriptivo correlacional de corte transversal. Se describe la respectiva población diana con sus requisitos, las variables a estudiar junto con la búsqueda y elección de las escalas más adecuadas para valorar estas, así como la elaboración de los cuestionarios propios del estudio. Finalizando con la descripción del procedimiento de recogida de datos que se llevará a cabo y la metodología de análisis de datos que se usará.

El tiempo dedicado la fase metodológica es de 2 meses. De diciembre a enero.

- Seguidamente comienza la fase empírica, donde una vez conseguido el grupo de

participantes y estos hayan firmado el consentimiento informado, se lleva a cabo la metodología planificada y el análisis de los datos obtenidos. La duración total de la fase será del mes de febrero a la primera semana de abril.

- Finalmente se culminará con la publicación del presente estudio de investigación, que se realizará de la segunda semana del mes de abril en adelante, incluyendo aquí la posible divulgación de los resultados.

La duración total del estudio como ya se ha mencionado será de septiembre a abril, un total de 8 meses, en el anexo XI se expone el cronograma correspondiente al estudio detallando la duración de cada apartado más específicamente.

## 4.6 Análisis de datos

El análisis de datos del presente estudio se realizará con el programa estadístico *IBM SPSS Statistics versión 26.0®*. Los datos recopilados en los cuestionarios del estudio se almacenarán en una base de datos creada con el programa *Microsoft® Excel®*, seguidamente se volcarán los datos al programa mencionado anteriormente para su correcto análisis.

En dicho estudio se realizará análisis descriptivo. En el caso de las variables cuantitativas se analizarán medidas de tendencia central como la media, la mediana y la moda. Y medidas de dispersión como la varianza, la desviación estándar o los valores mínimos y máximos. En cuanto a las variables cualitativas se realizarán tablas de frecuencia (absoluta y relativa) y gráficos.

En relación a la identificación de posibles asociaciones entre variables, dado que las variables aparentemente no tienen una distribución particular se usarán pruebas no paramétricas o de distribución libre. Acorde con el tipo de variable (cualitativa o cuantitativa), sus características y el objetivo se usará Test Chi-cuadrado. Las asociaciones serán las siguientes:

- Asociación entre categoría profesional y ansiedad ante la muerte, con el fin de cumplir el objetivo específico de *“evaluar la ansiedad ante la muerte de los profesionales de emergencias sanitarias. Y su relación con la categoría profesional”*.
- Asociación entre las variables de “realización de debriefing” y “defusing” con ansiedad ante la muerte, burnout y alexitimia (por separado). Con el fin de cumplir el objetivo específico de *“evaluar la influencia de la realización de debriefing y defusing tras sucesos de alto impacto emocional para los profesionales, en el nivel de ansiedad ante la muerte, así como aparición de síntomas de burnout y alexitimia.”*

El análisis estadístico se llevará a cabo con un nivel de confianza del 95% ( $p < 0.05$ ).

## 5.Aspectos éticos

Este estudio sobre la percepción de los profesionales de emergencias ante la muerte traumática del paciente será revisado por el correspondiente comité de ética asistencial perteneciente a la comunidad autónoma de Madrid, con el fin de cumplir todos los requisitos éticos, tal como indica la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 del 3 de Julio y el Decreto 39/94 de la Comunidad de Madrid. Cumpliendo también con los principios de la Declaración de Helsinki propuestos por la Asociación Médica Mundial (AMM) en 1964.

Respecto al tratamiento de los datos, acorde con la ley a Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de datos personales y garantía de derechos digitales. Los datos del estudio cumplirán con los requisitos de confidencialidad y anonimato.

Para ello la información captada de cada participante seguirá un proceso de anonimización por el cual a cada participante se le asignará un numero identificativo aleatorio (desconocido por el investigador y los participantes). La información a lo largo del estudio se gestionará bajo esas identificaciones y no aparecerán otro tipo de documentos de carácter personal. Los participantes deberán de firmar el *“compromiso de confidencialidad de los datos”* (Anexo II).

A su vez los participantes del estudio deberán de firmar la *“hoja informativa del estudio”* (Anexo I) y el *“consentimiento informado”* (Anexo II). Ambas se entregarán por correo electrónico a los candidatos una semana antes de la primera visita presencial, una vez llegada esta se les entregarán las dos copias impresas para su correcta lectura y firma en el caso de que el sujeto acepte participar. Todo ello según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

En cuanto a riesgos potenciales para los sujetos del estudio, cabe desacatar que no existe ninguno puesto que se trata de un estudio observacional descriptivo en el cual no se realizará ninguna intervención a la muestra, el investigador se limitará a la recogida de datos y su consecutivo análisis respetando la ley de protección de datos personales mencionada con anterioridad.

## 6.Limitaciones del estudio

Respecto a las limitaciones del estudio tanto internas como externas, cabe recalcar varias que a continuación se describen.

En primer lugar, la falta de estudios de investigación publicados sobre el tema. Es cierto que se ha investigado sobre cómo afectan las situaciones potencialmente traumáticas en profesionales de emergencias no obstante se han encontrado pocos estudios realizados a nivel nacional y gran parte de los estudios se centran en profesionales sanitarios del medio hospitalario. Con más investigación sobre el tema, la elección de posibles variables y demás aspectos de la metodología podrían ser más correctas con el fin de aumentar la precisión del estudio.

Otra limitación a recalcar es la referente a la recopilación de datos y a la propia naturaleza de la metodología del estudio. La recopilación de datos se realiza de la manera más objetiva posible no obstante hay limitaciones como la ausencia de grupo control, así como las limitaciones de las propias escalas utilizadas o las de los cuestionarios para evaluar variables cualitativas, ya que en todo momento se trata de autoinformes realizados por el participante por lo que existe el riesgo de aparición de sesgos como el de memoria selectiva, el de exageración o telescópicos. Con otros métodos como el de añadir al estudio una entrevista guiada se adquiriría más precisión en la recopilación.

Respecto a la población diana, dado que se trata solo de profesionales pertenecientes a dos servicios concretos de la Comunidad de Madrid a la hora de extrapolar resultados a nivel nacional existe la posibilidad de sesgo dado que se trata de una muestra de 332 profesionales. Relacionado con la muestra también destacar que la elección de esta en el presente estudio depende de la disposición de los propios profesionales a participar, lo que puede ser fuente de sesgo dadas las posibles características comunes de aquellos profesionales que accedan a participar frente a los que no lo hagan.

Destacar la limitación propia de tratarse de un estudio de carácter transversal, dado que la recopilación de datos se realizará únicamente en un momento concreto en el tiempo no existirá continuidad en la recogida de los mismos, lo que puede ocasionar problemas al no verse reflejada la posible variación en la recogida de datos influenciada por el paso del tiempo en los participantes.

Finalmente incidir en la característica del diseño observacional transversal que impide la realización de inferencias de causalidad.

## Bibliografía

- (1) Rae.es [Internet]. Madrid: rae.es; 2019 – [acceso 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.rae.es/inicio>.
- (2) Ricardo Jiménez Aboitiz. ¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte Universidad de Valladolid; 2012.
- (3) La razón.es, Masoliver A. La perspectiva de la muerte según diferentes culturas del mundo. [Internet]. 2020- [actualizado 15.11.2020; acceso 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.larazon.es/viajes/20200410/wckjpe2eubgvvmbdyjrdoilpzm.html>.
- (4) Robles PO. Epicuro: Carta a Meneceo. Onomázein: Revista de lingüística, filología y traducción de la Pontificia Universidad Católica de Chile 1999(4):403-425.
- (5) Schumacher B. De la muerte indiferente a la muerte como un mal. Thémata: Revista de filosofía 2005(35):17-42.
- (6) Casarín M. Saber morir. 1ª ed.: Libertarias Prodhufi, S.A.; 1991.
- (7) Márquez I, Márquez I. “Muerte 2.0”: pensar e imaginar la muerte en la era digital. Andamios 2017 04/;14(33):103-120.
- (8) Martine Segalen. Ritos y rituales contemporáneos.: Alianza editorial; 2014.
- (9) Kübler-Ross Elisabeth. Sobre la muerte y los moribundos. 5ª ed. Aragón, 385, Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.; 1993.
- (10) Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. Res Theory Nurs Pract 2009;23(1):23-41.
- (11) Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery 2016 Jan;4(1):2-10.
- (12) Kudubes AA, Akil ZK, Bektas M, Bektas İ. Nurses' Attitudes Towards Death and Their Effects on Spirituality and Spiritual Care. J Relig Health 2021 -02;60(1):153-161.
- (13) Morales Ramón F, Ramírez López F, Cruz León A, Arriaga Zamora RM, Vicente Ruíz MA, De la Cruz García C, et al. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. Revista Cuidarte 2021 January;12(1):1-10.
- (14) Brady M. Death anxiety among emergency care workers. Emerg Nurse 2015 - 07;23(4):32-37; quiz 38.
- (15) Peters L, Cant R, Payne S, et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey. Australas Emerg Nurs J [internet] 2013;16(4):152–159. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626713000815>

- (16) Zyga S, Malliarou M, Lavdaniti M, Athanasopoulou M, Sarafis P. Greek renal nurses' attitudes towards death. *J Ren Care* 2011 -06;37(2):101-107.
- (17) Chua JYX, Shorey S. Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today* 2021 June 1,;101:104892.
- (18) Hao Y, Zhan L, Huang M, Cui X, Zhou Y, Xu E. Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: a learning intervention. *BMC Palliat Care* 2021 -03-25;20(1):50.
- (19) Gillman L, Adams J, Kovac R, Kilcullen A, House A, Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBIR Database System Rev Implement Rep* 2015 -06-12;13(5):131-204.
- (20) Peran D, Uhlir M, Pekara J, Kolouch P, Loucka M. Approaching the End of Their Lives Under Blue Lights and Sirens – Scoping Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2021 December 1;62(6):1308-1318.
- (21) Souza e Souza LP, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Ribeiro Gonsalves RC, Oliveira e Silva CS, Barbosa DA. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global* 2013;12(32):222-229.
- (22) Carretero PS, Gissero E, Madrid G. Las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte y hacia la presencia de familiares durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar en la emergencia extrahospitalaria.; 2015.
- (23) Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol* 1970 -04;82(2d Half):165-177.
- (24) Norouzi M, Ghorbani Vajargah P, Falakdami A, Mollaei A, Takasi P, Ghazanfari MJ, et al. A Systematic Review of Death Anxiety and Related Factors Among Nurses. *Omega* 2022 May 2,;302228221095710.
- (25) Lester D, Abdel-Khalek A. The Collett-Lester Fear of Death Scale: a correction. *Death Stud* 2003 -01;27(1):81-85.
- (26) Sevilla-Casado M, Ferré-Grau C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos* 2013 09;24(3):109-114.
- (27) who.int/es [Internet]. 2022 – [acceso 3 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es>.
- (28) Barnett MD, Ruiz IA. Psychological Distress and Compassion Fatigue among Hospice Nurses: The Mediating Role of Self-Esteem and Negative Affect. *Journal of Palliative Medicine* 2018 October 1,;21(10):1504-1506.
- (29) Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. [Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe]. *Med Clin (Barc)* 2020 -11-27;155(10):434-440.

- (30) Duarte MdLC, Silva DGd, Bagatini MMC. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. *Rev Gaucha Enferm* 2020;42(spe):e20200140.
- (31) Tu J, Shen M, Li Z. When cultural values meets professional values: a qualitative study of Chinese nurses' attitudes and experiences concerning death. *BMC palliative care* 2022 October 14,;21(1):181.
- (32) Zhang J, Tao H, Mao J, Qi X, Zhou H. Correlation between nurses' attitudes towards death and their subjective well-being. *Annals of Palliative Medicine* 2021 /12;10(12):121592170-121512170.
- (33) Aradilla-Herrero A, Tomás-Sabado J, Gómez-Benito J. Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *Omega (Westport)* 2013 2012-;66(1):39-55.
- (34) Moskola V, Eke C, Takács J, Susánszky É, Székely A, Hornyák I, et al. Investigating the attitude of ambulance workers towards death. *KONTAKT - Journal of Nursing & Social Sciences related to Health & Illness* 2021 January;23(1):14-19.
- (35) Chen Y, Del Ben KS, Fortson BL, Lewis J. Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Stud* 2006 -12;30(10):919-929.
- (36) Camero MLR, Hernández RA, Salvador MdMR, Camero NR, López AT, García JP. Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalaria epes 061 del sp. de Granada. *Tempus vitalis: Revista Electrónica Internacional para el cuidado del paciente crítico* 2007;7(1):2-16.
- (37) Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 2018;27(1-2): e39-e49.
- (38) Lawn S, Roberts L, Willis E, Couzner L, Mohammadi L, Goble E. The effects of emergency medical service work on the psychological, physical, and social well-being of ambulance personnel: a systematic review of qualitative research. *BMC Psychiatry* 2020 -07-03;20(1):348.
- (39) Ericsson CR, Nordquist H, Lindström V, Rudman A. Finnish paramedics' professional quality of life and associations with assignment experiences and defusing use - a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2021 -10-05;21(1):1789.
- (40) Parada Torres E. *Psicología y emergencia*. 2ª ed.; 2009.
- (41) García DV, Escuín, Mª Luisa de la Rica, Bes CG, Navarro AC. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias: Una revisión sistemática cualitativa. *Revista española de salud pública* 2019(93):100.
- (42) Xu H (Johnston ANB, Greenslade JH, Wallis M, Elder E, Abraham L, et al. Stressors and coping strategies of emergency department nurses and doctors: A cross-sectional study. *Australasian Emergency Care* 2019 September 1,;22(3):180-186.
- (43) Timmermans S. *Awareness Contexts*. The Blackwell Encyclopedia of Sociology; 2007.

(44) Mirzaei A, Mozaffari N, Habibi Soola A. Occupational stress and its relationship with spiritual coping among emergency department nurses and emergency medical services staff. *Int Emerg Nurs* 2022 -05;62:101170.

(45) Lima EdP, Assunção AÁ. [Prevalence and factors associated with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in emergency workers: a systematic literature review]. *Rev Bras Epidemiol* 2011 -06;14(2):217-230.

(46) Alonso-Fernández F. La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud mental* 2011 12;/34(6):481-490.

(47) Asadi N, Esmailpour H, Salmani F, Salmani M. The Relationship Between Death Anxiety and Alexithymia in Emergency Medical Technicians. *Omega (Westport)* 2022 -08;85(3):772-786.

(48) Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Ramírez-Baena L, Membrive-Jiménez MJ, et al. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020 -10-21;17(20).

(49) Bargiela Schönbrunn G. Estrés, Ansiedad y Depresión en el Cuerpo de Bomberos Español. 2022 20-10:-24.

(50) Manual de Procedimientos · SAMUR Protección Civil.

(51) Comunidad.madrid/hospital/suma112 [Internet]. Madrid; - [acceso 25 de febrero de 2023]. Disponible en:  
<https://www.comunidad.madrid/hospital/summa112/ciudadanos/unidad-atencion-psicologica>

(52) Servicioemergencia.es [Internet]. Madrid; 2022 [actualizado en 12/01/2022; acceso el 1 de marzo de 2023]. Disponible en:  
<https://www.servicioemergencia.es/noticia/2682/%E2%80%99Cla-direccion-del-summa-112-apuesta-por-la-categoria-y-la-figura-del-tes%E2%80%99D>.

(53) Madrid.es/Samur [Internet]. Madrid [acceso el 1 de marzo de 2023]. Disponible en:  
<https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Samur/Samur-Proteccion-Civil?vgnextoid=c88fcdb1bffa010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD&vgnextchannel=84516c77e7d2f010VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=5644986>

(54) Pascual Fernández MC. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería* 2011(50):6.

(55) Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Construction and Validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment* 2005 -01-01;21:108-114.

(56) C.D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene. STAI. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO. 9ª edición ed. Madrid: TEA Ediciones; 2015.

(57) García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Flores-Kanter PE, Medrano LA. Propiedades psicométricas del Inventario de ansiedad estado-rasgo en población general y hospitalaria de República Dominicana. *Ansiedad y Estrés* 2017 /07/01;23(2):53-58.

- (58) Vera-Villarroel P, Celis-Atenas K, Córdova-Rubio N, Buela-Casal G, Spielberger CD. Análisis Preliminar y Datos Normativos del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Adolescentes y Adultos de la Ciudad de Santiago de Chile. *Terapia psicológica* 2007 12/;25(2):155-162.
- (59) Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol* 2006 -05;9(1):86-93.
- (60) Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina* 2014 07/;62(3):1-24.
- (61) Martínez Sánchez F. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud* 1996 -03-01;7(1):19-32.
- (62) Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2014 /10/01;46(1):44-52.
- (63) Nicolás Seisdedos, C.Maslach, S.E.Jackson. MBI Inventario <> Síndrome del <> por estrés laboral asistencial C.Maslach y S.E Jackson MANUAL. 28036 Madrid: TEA Ediciones, S.A; 1997.
- (64) Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Revista Salud Uninorte* 2016 05/;32(2):218-227.
- (65) Villafañe A, Milanesio M, Marcellino C, Amodei C. La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Revista Evaluar* 2003 -06-01;3.
- (66) Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997 -01;27(1):153-160.
- (67) Michael B. First. DSM-IV-TR: MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES | MICHAEL B. FIRST.: Masson; 2001.
- (68) Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, disclosure, & health*. 1995:125-154.
- (69) Fernandez-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep* 2004 -06;94(3 Pt 1):751-755.
- (70) Angulo Rincón R, Albarracín Rodríguez AP. Validez y confiabilidad de la escala rasgo de metaconocimiento emocional (TMMS-24) en profesores universitarios. *Lebret* 2018(10):61-72.

## **Anexos**

## **Anexo I: Hoja informativa del estudio**

### **“Percepción de los profesionales de emergencias sanitarias ante la muerte traumática del paciente”**

Investigador: Pablo Izquierdo Fernández.

Querido participante, el objetivo del presente documento es informarle sobre los contenidos, los objetivos y las características del estudio mencionado. Acorde con la ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y documentación Clínica se le informará de lo requerido.

En primer lugar, se le facilitan los datos de contacto del investigador Pablo Izquierdo Fernández, alumno de Enfermería de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, Universidad Pontificia de Comillas. Se le adjunta un correo electrónico *xxxxxxxxxxx@gmail.com* y un teléfono de contacto *634xxxxxx*.

El estudio “Percepción de los profesionales de emergencias sanitarias ante la muerte traumática del paciente” se trata de un estudio observacional descriptivo correlacional de corte transversal cuyo objetivo es conocer la percepción que tiene el personal sanitario de emergencias ante la muerte traumática del paciente. Participando en el estudio usted ayudará a la consecución de este y la obtención de resultados que pueden ayudar al ámbito de las emergencias sanitarias.

Está orientado a profesionales sanitarios del ámbito de las emergencias, en concreto en profesionales de la comunidad de Madrid pertenecientes a los servicios de SUMMA 112 y SAMUR-Protección civil. Los participantes se someterán a varios cuestionarios y escalas en formato autoinforme, algunos realizados de manera presencial en la primera y única visita que se realizará y los demás de manera online.

Cabe destacar que ningún participantes se someterá a ningún tipo de riesgo de tipo físico o mental, el presente estudio ha sido aprobado por su correspondiente comité de ética asistencial y cumple con las ordenanzas legales. Es necesaria la firma del presente documento para la participación en el estudio no obstante la firma no exime del abandono de este si el paciente lo considera oportuno por el motivo que sea.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Madrid, día...de ..... del año 202...

## **Anexo II: Consentimiento informado y Compromiso de confidencialidad de los datos**

La presente hoja recibida por parte de investigador Pablo Izquierdo Fernández a fecha de xx/xx/xxxx consta del consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad de los datos requerido para la participación en el estudio "Percepción de los profesionales de emergencias sanitarias ante la muerte traumática del paciente" acorde con la a Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria. Y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de datos personales y garantía de derechos digitales.

El presente estudio observacional trata de conocer la percepción que tiene el personal sanitario de emergencias ante la muerte traumática del paciente.

Junto con este documento se le entregará una hoja informativa del estudio que también deberá leer atentamente y firmar.

El estudio, ha sido validado por su respectivo comité de ética. Se tratará información confidencial de los participantes, en todo momento de manera anónima y confidencial.

Acorde con la ley de protección de datos personales y garantía de derechos digitales mencionada al inicio del documento, los resultados obtenidos de la investigación podrán ser divulgados siempre y cuando se mantenga la confidencialidad de los datos.

Una vez leído el documento es libre de realizar todas las preguntas necesarias al investigador para su correcto entendimiento. Usted puede aceptar o denegar el presente consentimiento informado con total libertad, así como podrá abandonar en cualquier momento el estudio una vez comenzado si es de su voluntad.

Firmando dicho documento confirma haber sido correctamente informado sobre las condiciones del estudio y haber entendido estas. Y se presta conforme a participar en el presente estudio.

Yo .....(nombre y apellidos) con nº de DNI..... a día .... de..... del año 20.... confirmo haber sido correctamente informado sobre las condiciones del estudio y mi correcto entendimiento. Me presto conforme a participar en el

presente estudio “Percepción de los profesionales de emergencias sanitarias ante la muerte traumática del paciente” realizado por el investigador Pablo Izquierdo Fernández.

Firma del participante:

Firma del investigador:

### Anexo III: Cuestionario de datos sociodemográficos, personales y profesionales

ID del participante: \_\_\_\_\_

<b>Edad (años):</b>		<b>Sexo:</b>	Femenino/Masculino
<b>Estado civil:</b>	Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Otros	<b>Religión:</b>	Cristianismo / Hinduismo / Islam / Ninguna.
<b>Hijos/as:</b>	Si / No	<b>Psicofármacos</b>	Si / No
<b>Categoría profesional</b>	Técnico de Emergencias sanitarias___/ Enfermero de emergencias___ / Médico de emergencias___		
<b>Formación específica relacionada con la muerte:</b>	Si / No <i>En el caso de sí:</i> • Máster en cuidados paliativos___ • Otros___		
<b>Percepción del estado de salud física:</b>	Buena___/Regular___/Mala___		
<b>Percepción del estado de salud mental:</b>	Buena___ / Regular___/Mala___		
<b>Realización de técnicas de relajación o mindfulness o Yoga (al menos 3 veces en semana):</b>	Si / No		
<b>Realización de ejercicio físico habitual (al menos 3 veces en semana):</b>	Si / No		
<b>Pérdida reciente de un ser querido (último mes):</b>	Si / No		
<b>Años de experiencia en emergencias:</b>			
<b>Edad del primer muerto en entorno laboral:</b>			
<b>Tipo de turno laboral</b>	8h / 12h / 17h / 24h ¿Nocturnidad?: Si / No		
<b>Numero de muertes presenciadas en el trabajo</b>	1-10 / 11 – 80 / 81 – 150 / >150		
<b>Percepción de aumento de impacto emocional según la edad del paciente</b>	-Niños: Si / No -Misma edad que el profesional: Si / No		
<b>Realización de “debriefing” tras sucesos</b>	Si / No		
<b>Realización de “defusing” tras sucesos</b>	Si / No		

Tabla nº 9 Cuestionario de datos sociodemográficos, personales y profesionales. Elaboración propia.

A continuación describirá brevemente una o dos técnicas que use habitualmente para afrontar una situaciones que le provoquen alto impacto emocional durante su trabajo: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Fin del cuestionario, gracias por su tiempo.

#### Anexo IV: Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

A continuación, responderá las siguientes preguntas, donde 1= total desacuerdo, 2=moderado desacuerdo, 3= ni acuerdo ni desacuerdo, 4= moderado acuerdo, 5= total acuerdo.

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

*Tabla nº10 Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI). Elaboración propia a partir de (55).*

## **Anexo V:** Escala de ansiedad estado/ansiedad rasgo - State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

A continuación, responderá a las siguientes preguntas en función de cómo **se siente usted ahora mismo**. Donde 0= nada, 1= algo, 2= bastante, 3= mucho

1. Me siento calmado/a	0	1	2	3
2. Me siento seguro/a	0	1	2	3
3. Estoy tenso/a	0	1	2	3
4. Estoy contrariado/a	0	1	2	3
5. Me siento cómodo/a (a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado/a	0	1	2	3
7. Estoy preocupado/a ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado/a	0	1	2	3
9. Me siento angustiado/a	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo/a	0	1	2	3
12. Me siento nervioso/a	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado/a	0	1	2	3
14. Me siento muy atado, como oprimido	0	1	2	3
15. Me siento relajado/a	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho/a	0	1	2	3
17. Estoy preocupado/a	0	1	2	3
18. Me siento aturdido/a y sobreexcitado/a	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

A continuación, responderá las preguntas en relación a como **se siente en general en su día a día**. Donde 0= casi nunca, 1= a veces, 2= a menudo, 3= casi siempre.

21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado/a	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, sosegada y serena	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Me falta confianza en mi mismo/a	0	1	2	3
32. Me siento seguro/a	0	1	2	3
33. Evito enfrentarme a las dificultades	0	1	2	3
34. Me siento triste o melancólico/a	0	1	2	3
35. Noto que mi corazón late más rápido	0	1	2	3
36. Me siento satisfecho/a	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona saludable	0	1	2	3
40. Cuando pienso en asuntos y problemas actuales me pongo tenso/a y agitado/a	0	1	2	3

Tabla nº11 Escala de ansiedad estado/ansiedad rasgo. Elaboración propia a partir de (56-58).

## Anexo VI: Escala de estrés percibido (EEP-10)

A continuación, responderá la siguientes preguntas referidas a como se ha sentido en el **último mes**. Siendo 0=Nunca, 1= Casi nunca, 2= De vez en cuando, 3= A menudo y 4= Muy a menudo.

1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido afrontar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8. ¿Con que frecuencia ha sentido el control de todo?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Tabla nº12 Escala de estrés percibido EEP-10. Elaboración propia a partir de (59).

## Anexo VII: Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

A continuación, responderá las siguientes preguntas de manera que se adapten lo más posible a su manera de ser. Donde 1=Totalmente en desacuerdo, 2=Moderadamente en desacuerdo, 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=Moderadamente de acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.

1. Muchas veces estoy confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
2. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos las entienden.	1	2	3	4	5
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.	1	2	3	4	5
5. Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos.	1	2	3	4	5
6. Cuando me siento mal, no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	1	2	3	4	5
7. Muchas veces estoy confundido con las sensaciones que siento en mi cuerpo	1	2	3	4	5
8. Prefiero dejar que las cosas pasen por si solas, en vez de analizar por qué han ocurrido así.	1	2	3	4	5
9. Tengo sentimientos que realmente no puedo identificar.	1	2	3	4	5
10. Es esencial estar en contacto con emociones o sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Me es difícil describir o explicar lo que siento acerca de la gente.	1	2	3	4	5
12. la gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos.	1	2	3	4	5
13. No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí.	1	2	3	4	5
14. Muchas veces no sé por qué estoy molesto.	1	2	3	4	5
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.	1	2	3	4	5

16. Prefiero ver programas de TV de entretenimiento, superficiales, en vez de dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
18. Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, incluso en momentos de silencio.	1	2	3	4	5
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.	1	2	3	4	5
20. Buscar el significado oculto de las películas distrae de la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente.	1	2	3	4	5

*Tabla n°13 Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). Elaboración propia a partir de (61).*

## Anexo VIII: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

A continuación, responderá a las siguientes preguntas en relación a sus sentimientos en el entorno laboral. Siendo:

- 0=Nunca/Ninguna vez,
- 1= Casi nunca/ Pocas veces al año,
- 2= Algunas veces/ Una vez al mes o menos,
- 3= Regularmente/ Pocas veces al mes,
- 4= Bastantes veces/ Una vez por semana,
- 5= Casi siempre/ Pocas veces por semana,
- 6= Siempre/ Todos los días.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	0	1	2	3	4	5	6
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6.Siento que trabajar toto el día con gente me cansa.	0	1	2	3	4	5	6
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas	0	1	2	3	4	5	6
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11.Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés.	0	1	2	3	4	5	6

17.Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.	0	1	2	3	4	5	6
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

*Tabla nº14 Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para personal médico. Elaboración propia a partir de (63,64).*

## Anexo IX: Escala de Trauma de Davidson (DTS)

A continuación, responderá a las siguientes preguntas referidas lo que usted ha experimentado en la **última semana** en relación con algún aviso que le haya supuesto un alto impacto emocional y en general.

- 0= nunca / nada
- 1= a veces / leve
- 2= 2-3 veces / moderada
- 3= 4-6 veces / marcada
- 4= a diario / extrema

1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.	1	2	3	4
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.	1	2	3	4
3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.	1	2	3	4
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.	1	2	3	4
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)	1	2	3	4
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.	1	2	3	4
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.	1	2	3	4
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.	1	2	3	4
9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.	1	2	3	4
10. Me he sentido distante o alejado de la gente.	1	2	3	4
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.	1	2	3	4
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.	1	2	3	4
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.	1	2	3	4

14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.	1	2	3	4
15. He tenido dificultades para concentrarme	1	2	3	4
16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como “en guardia”.	1	2	3	4
17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente	1	2	3	4

*Tabla nº15. Escala de Trauma de Davison. Elaboración propia a partir de (65).*

## Anexo X: Escala de Trait Meta-Mood Scale TMMS-24

A continuación, responderá las siguientes cuestiones sobre sus sentimientos y emociones.

- 1= Nada de acuerdo
- 2= Algo de acuerdo
- 3= Bastante de acuerdo
- 4= Muy de acuerdo
- 5= Totalmente de acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claro mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5

21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

*Tabla nº16. Escala de Trait Meta-Mood Scale TMMS-24. Elaboración propia a partir de (69,70).*

## Anexo XI: Cronograma del estudio

	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				
	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	32	
Identificación del problema de investigación	■	■	■	■																													
Búsqueda bibliográfica					■	■	■	■																									
Realización de fundamentación, justificación y objetivos									■	■	■	■																					
Diseño de la metodología													■	■	■	■																	
Determinación de la muestra objeto de estudio																	■	■	■	■													
Adquisición del consentimiento informado de los pacientes																					■	■											
Recolección de datos																							■	■	■								
Análisis estadístico																									■	■	■	■					
Difusión de resultados																													■	■	■		
<b>Fase Conceptual</b>				<b>Fase metodológica</b>				<b>Fase empírica</b>				<b>Fase de publicación</b>																					