



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Educación

**Memoria del Trabajo de Fin de Grado**

# Actitudes hacia la muerte de las personas mayores y los profesionales de la salud tras la COVID-19.

Saray Fernández Muñoz

**Educación Social**

Año académico 2020-21

Tutora: María Valero de Vicente  
Departamento de Educación

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

*Actitudes hacia la muerte, personas mayores, COVID-19, personal sanitario.*

## **RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo principal investigar las actitudes hacia la muerte de dos muestras de la población: las personas mayores y los profesionales de la salud, con motivo de la aparición de la nueva enfermedad COVID-19 que se ha convertido en Pandemia. Esta nueva enfermedad ha ocasionado miles de muertes en España desde enero del 2020, por lo que se estima que los colectivos más afectados por el virus manifiesten actitudes negativas hacia la muerte. Para saberlo, en primer lugar, se ha desarrollado la introducción en la cual se plasman las características de la población de las personas mayores y de los profesionales de la salud, junto a una conceptualización de la muerte, el duelo y las actitudes que se manifiestan en nuestra sociedad hacia la muerte. Para responder a la pregunta de investigación se ha recurrido a la creación de dos encuestas en las cuales se han unificado los instrumentos de PRAM-R, *ProQOL-IV* y EBAM. Posteriormente se han extraído los resultados y se han interpretado en el apartado de conclusiones.

## **ABSTRACT**

The main objective of this study is to investigate the attitudes towards death of two samples of the population: the elderly and health professionals, on the occasion of the appearance of the new disease called COVID-19 that has become a pandemic. This new disease has caused thousands of deaths in Spain since January 2020, so it is estimated that the groups most affected by the virus show negative attitudes towards death. To find this out, first of all, an introduction has been developed in which the characteristics of the elderly population and health professionals are described, together with a conceptualization of death, bereavement and attitudes towards death in our society. In order to answer the research question, we have resorted to the creation of two surveys in which the PRAM-R, *ProQOL-IV* and EBAM instruments have been unified. Finally, the results have been extracted and interpreted in the conclusions section.

## **PALABRAS CLAVE**

*Actitudes hacia la muerte, personas mayores, COVID-19, profesionales de la salud.*

## ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	4
<i>JUSTIFICACIÓN</i> .....	11
<i>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</i> .....	11
<i>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN</i> .....	12
<i>METODOLOGÍA</i> .....	12
<i>RESULTADOS</i> .....	23
<i>CONCLUSIONES</i> .....	39
<i>REFERENCIAS</i> .....	45
<i>ANEXOS</i> .....	50

## INTRODUCCIÓN

Como afirman los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020), actualmente en España las personas mayores de 65 años representan alrededor del 20% de la población (en cifras ronda los nueve millones de habitantes), situándose de esta forma en el cuarto país más longevo del mundo. Como expresa Abellán et al. (2019) este fenómeno demográfico se debe a diversas causas, entre ellas se encuentran principalmente al incremento de la natalidad en la época del *baby boom* español, al descenso de la mortalidad y al aumento de la esperanza y calidad de vida. Este conjunto de factores son un reflejo del progreso histórico de las condiciones sanitarias, sociales y económicas acontecidas durante el siglo XX y que han producido una considerable mejora en la supervivencia de las personas mayores. Se estima que el proceso de envejecimiento demográfico se duplicará en los próximos años, intensificando la inversión de la pirámide poblacional, la cual ha desarrollado una forma de “pilar de población” dejando atrás la forma tradicional de la pirámide, ya que los mayores doblan en proporción al grupo de niños y/o nacimientos (Abellán et al. 2019).

Según Nieto y Capote (2020) estos cambios van acompañados, por una parte, por el impacto de los flujos de inmigración previos a la crisis que, aunque no afectan de manera primordial, si se tiene en cuenta que ahora muchos extranjeros tienen una edad similar al grupo de mayores. Por otra parte, los cambios han tenido lugar como consecuencia de la diversificación, el surgimiento de nuevos modelos familiares, la disminución del número de hijos por mujer, el retraso de la maternidad, etcétera, que contribuyen al proceso de envejecimiento. Finalmente, cabe destacar que la edad media de personas mayores en España se sitúa por encima de los 75 años, alcanzando altos niveles de longevidad, provocando un proceso de sobre-envejecimiento de la población.

Pérez y Abellán (2020) expresan que, por este motivo, se puede contemplar como la vejez también envejece, a día de hoy es la generación que aumenta más rápidamente en volumen y

proporción. Como consecuencia se está produciendo un cambio considerable en nuestra sociedad; el incremento de las personas centenarias en la pirámide poblacional.

Paralelamente, el envejecimiento demográfico y los cambios de la mortalidad que lo desencadenan hacen que el final de la vida se haya “ordenado” y trasladado hacia las edades superiores (Blanes, 2007, como se citó en Pérez y Abellán, 2018). Es importante destacar que existe una estrecha relación entre la edad y las causas más frecuentes de muerte, siendo más común la defunción por causas ajenas a la propia vejez; relacionadas con problemas del sistema circulatorio, tumores o enfermedades degenerativas como cardiopatías y Alzheimer entre otras; aunque la mejora del estado de salud de este colectivo se puede evidenciar en las bases de los cambios legislativos, lo que ha conllevado a la necesidad de establecer políticas y recursos que aborden este nuevo paradigma (Pérez y Abellán, 2018).

Un fenómeno que será objeto de la presente investigación es la reciente eclosión de una nueva enfermedad infecciosa. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que la enfermedad por SARS-Cov-2 es una pandemia mundial, y pasa a ser denominada como COVID-19. El 31 de enero se comunicaron los primeros casos en España, que, tras la expansión fulminante del virus por el país, el gobierno español decretó el estado de alarma el 14 de marzo, para entonces ya se contaban los fallecidos en centenares. Junto al estado de alarma, se impuso el estado de confinamiento en todo el territorio nacional, obligando a todos los ciudadanos a permanecer confinados bajo condiciones de aislamiento domiciliario, social, etcétera, suspendiendo cualquier actividad excepto aquellas relacionadas con los bienes de primera necesidad (Sandín et al. 2020).

Con relación a lo anteriormente expuesto, Pinazo-Hernandis (2020) indica que es conveniente destacar la vulnerabilidad que presentan algunas personas mayores ante las enfermedades. Este grupo de la población es más vulnerable por tener un sistema inmune más debilitado, los síndromes geriátricos y la fragilidad asociada a la edad, que finalmente dan como resultado

que las personas mayores presenten un peor pronóstico de supervivencia ante las enfermedades.

En lo concerniente a la COVID-19 y a las personas mayores, según Porcel et al. (2020) el virus afecta con mayor incidencia y gravedad a este colectivo. Las personas mayores representan el 68% del total de hospitalizados por COVID-19 y el 95% del total de fallecimientos por el virus, el riesgo de fallecer aumenta considerablemente a partir de los 80 años. Dicho de otro modo, las personas mayores son las que sufren más complicaciones de salud ante el virus, ya que éste perjudica al sistema respiratorio, y empeora los síntomas de las enfermedades crónicas, lo que supone que este sector de la población sea más susceptible de morir debido a la COVID-19.

Dentro de este marco, es necesario destacar que, hasta la llegada del virus, la muerte ha sido un tema prácticamente tabú en España, que suscita generalmente actitudes como la negación y el rechazo social. La idea de una muerte más normalizada en esta sociedad es aquella que sucede repentinamente, mientras el adulto mayor duerme, y acaba falleciendo a causa de la vejez. Este tipo de pensamiento refuerza las actitudes aversivas y negativas que surgen en torno a la muerte, potenciando la creencia de que morir, más que un fenómeno natural, es más bien un fracaso (Moreno, 2016).

Se pueden tener en cuenta dos perspectivas al intentar conceptualizar la muerte, dependiendo si se plantea la muerte de los demás o la propia. Para el hombre le es más fácil desarrollar la muerte del prójimo que la de uno mismo, ya que no tenemos experiencia en la propia. Así, la muerte aparece como algo inevitable, pero irreal (ya que todavía no nos ha sucedido, solo lo percibimos en los otros) (Kastenbaum y Aisenberg, 1976, como se citó en Lynch et al. (2017).

En cuanto a la finalidad de los ritos funerarios, los velatorios, guardar el luto y el tiempo de duelo, o las visitas frecuentes al cementerio van más allá de una demostración de respeto por

el difunto/a, es una estrategia adaptativa que tiene como función primordial preservar el equilibrio individual y social de los vivos (Lynch, 2017).

El duelo, por su parte, es un proceso doloroso en respuesta a la muerte de un ser querido o de una pérdida significativa. Suele presentarse con síntomas similares a una depresión y manifestarse mediante la tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia, y culpa, además de provocar una importante disfunción en la vida cotidiana. Se trata de un transcurso personal para reorganizar los vínculos y elaborar el dolor de la pérdida (Flórez, 2009).

Los rituales funerarios y el proceso de duelo dan orden al caos emocional, es importante tener en cuenta estos aspectos, porque cuando los allegados participan en los actos fúnebres se les hace más fácil aceptar la pérdida; hecho contrario les sucede a las personas que no participan o se aíslan porque en sus recuerdos no existe ningún evento que les reafirme la pérdida del ser querido.

En síntesis, según Flórez (2009) es necesario elaborar emocional y racionalmente el duelo para poder seguir viviendo con normalidad. La muerte representa una pérdida, y la pérdida produce dolor. Por eso, los rituales funerarios se consideran pautas culturales efectivas para ayudar a elaborar emocional y adecuadamente la pérdida. En los últimos años, se está perdiendo la función de los rituales funerarios y el duelo y, por ende, éste, se torna cada vez más patológico (Urmeneta, 2001, como se citó en Flórez, 2009).

El duelo es un fenómeno que afecta especialmente a la población mayor, puesto que sufren pérdidas continua y significativamente, como la edad, la muerte de sus amigos, del cónyuge, vecinos, familiares, etcétera. En este sector de la población, suele manifestarse más estancamiento en alguna de las fases de elaboración del duelo, hecho que repercute también en la preocupación de su propia muerte. “Las pérdidas significativas que se dan en una persona desencadenan un cambio típico que puede llegar a modificar la visión de la persona

en su vida, por lo que provocara un cambio y una repercusión en todos los aspectos” (Bowen, 1989. Citado en Lafebre, 2014, p24).

En lo que respecta a las actitudes ante la muerte, en múltiples investigaciones empíricas se ha analizado fundamentalmente la ansiedad y el miedo ante la muerte por encima de otras actitudes, las cuales, también, suelen generar principalmente emociones aversivas. Por ello, esta investigación se centra del mismo modo en analizar si las actitudes ante la muerte de las personas mayores y el personal sanitario se han visto afectadas por la COVID-19, especialmente esas actitudes que causan miedo y ansiedad. Estudios previos han comprobado que el miedo a la muerte es un hecho universal, y está condicionado por varios factores; entre ellos: la pérdida de sí mismo, miedo a lo desconocido y miedo al dolor y al sufrimiento durante el proceso (Feifel et al. 2007, como se citó en Schmidt, 2007).

Limonero (1997), aporta que la *ansiedad ante la muerte* es una reacción emocional que se desencadena con la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia, ya sean reales o imaginadas. Es un sentimiento subjetivo negativo que implica la presencia de aprensión, tensión, inquietud, temor e inseguridad, centrados en la idea de la muerte (Limonero, 1997, citado en Moreno, 2016).

Sin embargo, el *miedo a la muerte* es la respuesta consciente y a todo el proceso que a ella conduce: el temor al sufrimiento, al dolor, a la pérdida de las y los seres queridos, a lo desconocido, etcétera. (Limonero, 1994; Maza et al. 2008; Uribe et al. 2007, como se citó en Moreno, 2016).

De acuerdo con lo expuesto por Moreno (2016) en su estudio, se puede relacionar el miedo y la ansiedad que causa la muerte con la situación excepcional de la COVID-19 y sus consecuencias impredecibles, ya que causado un enorme impacto emocional en la población. Debido al confinamiento y la alta probabilidad de contagio, se ha obligado a todos a asumir cambios absolutos en la manera de abordar el fallecimiento, forzando a todos a aceptar un



nuevo escenario totalmente diferente, caracterizado por la incertidumbre y perplejidad de la situación.

Esta situación excepcional ha originado cambios en la elaboración del duelo y de los ritos funerarios como consecuencia de la aparición de la COVID-19 y del estado de alarma, ya que el proceso de morir se ha visto afectado por las limitaciones de movilidad para prevenir contagios, afectando especialmente a aquellos rituales multitudinarios para despedir a la persona fallecida.

Como aportan desde recomendaciones y guías de acompañamiento frente a duelos por covid-19 (2020) en este contexto de crisis sanitaria todo debe realizarse con distancia como medida de prevención, incluso en momentos tan dolorosos como la enfermedad y la muerte. Estas limitaciones conllevan que las personas que se encuentran en estado crítico a causa de la COVID-19 mueran solas en el hospital, entre desconocidos y sin sus seres queridos. Este hecho dificulta a los familiares realizar los cierres y rituales de despedida necesarios para elaborar un duelo sanador. Como consecuencia de esta situación excepcional, el acompañamiento en el proceso de fin de vida y los ritos de despedida se han visto bruscamente alterados; impidiendo el acceso a las redes de apoyo habituales, favoreciendo de este modo el duelo patológico.

Otro efecto colateral del confinamiento por la pandemia es que las personas mayores que se encuentran aisladas han sufrido un cambio drástico en sus vidas, limitando la movilidad y contacto con los seres queridos. Este hecho, ha repercutido en este sector de la población tornándolo más vulnerable a manifestar síntomas como: desesperación, miedo, insomnio, poca concentración e indecisión, aburrimiento, ira, depresión, ansiedad, irritabilidad, etcétera, provocando alteraciones psicológicas y atentando contra la salud mental de éstos. Por este motivo y los anteriormente expuestos se resalta la importancia de estudiar el calado psicológico de la COVID-19 en las personas mayores (Callís et al. 2020).

Además, es conveniente enfatizar en la saturación de pacientes con COVID-19 en los hospitales; que ha derivado en un incremento de la carga de trabajo de los sanitarios, por factores como: falta de personal, de recursos, por desconocimiento de la enfermedad, etcétera. Provocando incluso el estallido del síndrome de *bornout*, niveles muy altos de estrés, miedo y ansiedad frente a la muerte y la aparición de trastornos de salud mental por la dureza de mitigar los efectos del coronavirus (Araujo et al. 2020).

Los últimos datos proporcionados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2021) a través de una macroencuesta, señalan que la población española ha sufrido secuelas en la salud mental fruto del confinamiento domiciliario; acentuándose el miedo a morir o al contagio, las emociones de tristeza, problemas de sueño, preocupación, cambios de humor, cambios en los hábitos de vida, etcétera.

En la misma línea, en el estudio llevado a cabo por la doctora Balluerka (2020) se contempla que una de las emociones que ha causado más estrés a la ciudadanía está asociada a una de las situaciones más trágicas vividas durante el confinamiento; que ha sido la “pérdida de familiares sin poder despedirse”, junto con el "miedo a la muerte de otros”. Además, se realizaron preguntas para analizar el impacto psicológico experimentado por los españoles/as durante el confinamiento, los resultados obtenidos demuestran la necesidad de examinar dicho impacto en la presente investigación puesto que se reveló que el 75,5% de las personas encuestadas ha experimentado miedo a perder a un ser querido (el 35,1% indicó que el miedo a perder a un ser querido había aumentado “mucho”) y respecto a las personas mayores el 34% alegó que su “malestar psicológico” aumentó mucho debido al confinamiento. Además, cabe resaltar que según avanza la franja de edad, la preocupación por contraer una enfermedad grave incluyendo la COVID-19 incrementa (Balluerka, 2020).

Por lo tanto, esta investigación se centra en explorar las actitudes aversivas hacia la muerte que tienen las personas mayores en el contexto actual de pandemia: puesto que el miedo, el aislamiento y la soledad son factores ligados al diagnóstico de la enfermedad, siendo el miedo

y la ansiedad una de las actitudes dominantes que causan mayor sufrimiento en los pacientes (Schmidt, 2007).

Otro de los intereses de esta investigación es analizar también las actitudes ante la muerte que asumen los profesionales de la salud en la atención a las personas mayores enfermas de COVID-19 durante la pandemia, ya que el mismo autor argumenta que los enfermeros/as juegan un papel de “puerta” al proceso de morir y éstos se han visto obligados a presenciar una nueva enfermedad que ha causado tantos fallecimientos en el último año.

## **JUSTIFICACIÓN**

La situación de pandemia y crisis sanitaria ha generado la evidente necesidad de comprobar las actitudes hacia la muerte de las personas mayores y el personal sanitario teniendo en cuenta la vulnerabilidad del primer colectivo frente a la COVID-19, y, en definitiva, conocer el impacto emocional asociado a la muerte con la llegada del nuevo virus.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El objetivo principal de la presente investigación es explorar las actitudes hacia la muerte que tienen las personas mayores de 65 años en un contexto de pandemia por COVID-19.

El segundo objetivo principal de la investigación es analizar las actitudes hacia la muerte de los Profesionales de la salud en un contexto de pandemia por COVID-19.

En base a los objetivos principales, se plantea el siguiente objetivo específico de carácter exploratorio para la investigación:

- Evaluar a través de los cuestionarios administrados las actitudes hacia la muerte en el contexto de la COVID-19 de las personas mayores y los Profesionales de la salud.

## **HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

Se espera que la situación de pandemia a causa de la COVID-19 se presenten actitudes negativas ante la muerte de las personas mayores y el personal sanitario.

Hay diferencias entre las personas mayores y los profesionales de la salud en las variables relacionadas con las actitudes hacia la muerte.

## **METODOLOGÍA**

La presente investigación se enmarca dentro un paradigma empírico y exploratorio de corte transversal. La metodología utilizada está orientada a responder a la hipótesis formulada a través de las experiencias particulares de los participantes; de los cuales, posteriormente, se extraerán las conclusiones. A partir de la información teórica se ha utilizado el método inductivo-cuantitativo para probar la hipótesis de investigación.

Por ende, para estudiar las actitudes hacia la muerte en un contexto protagonizado por la pandemia de COVID-19 se ha recurrido a la metodología cuantitativa, la cual permite abordar la complejidad de la situación mediante la encuesta, para comprobar la presencia de actitudes aversivas hacia la muerte, las cuales se relacionan con la manifestación de emociones negativas en la población de manera global.

### *Participantes*

Los participantes que interesan a la investigación se dividen en dos grupos de acuerdo con los criterios de relevancia teórica, para ello que se han seleccionado a la población de las Islas Baleares como población de estudio, por una parte, a las personas mayores de 65 años y, por otra parte, a los profesionales de la salud que han encarado a la COVID-19.

La muestra se compone por los dos subgrupos de la población mencionados; 38 personas mayores de 65 años y por 44 profesionales de la salud independientemente de su especialidad. El método utilizado ha sido el muestreo no probabilístico de tipo intencional.

#### *Grupo de personas mayores*

Han contestado al cuestionario un total de 38 personas mayores de 65 años, de los cuales 16 son hombres (42,1%) y 22 son mujeres (57,9%). Con relación al género de los encuestados se comprueba que la participación de ambos géneros está equilibrada, aún siendo más alta la participación de las mujeres frente a la participación masculina.

La edad media del grupo es de 73,02 años con una desviación típica de 6,44 años, siendo más frecuente el número de personas con edades comprendidas entre los 65 hasta los 74 años. La edad mínima de los participantes es de 65 años y la máxima de 88 años. Además, cabe destacar que la edad promedio de las mujeres es de 74 años y de los hombres de 68, este hecho puede deberse a que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor a los hombres debido a sus características biológicas.

Sobre si las personas mayores encuestadas pertenecen a un grupo considerado de riesgo o no, de una muestra de 38 personas, 32 (84,2%) han indicado que sí son más susceptibles a manifestar complicaciones más graves si se contagian de coronavirus, mientras que 6 (15,8%) personas de la muestra indican que no lo son. De acuerdo con estos datos, un 84,2% de la muestra de personas mayores representan un grupo de riesgo y vulnerabilidad dada la mayor tasa de mortalidad en este grupo etario.

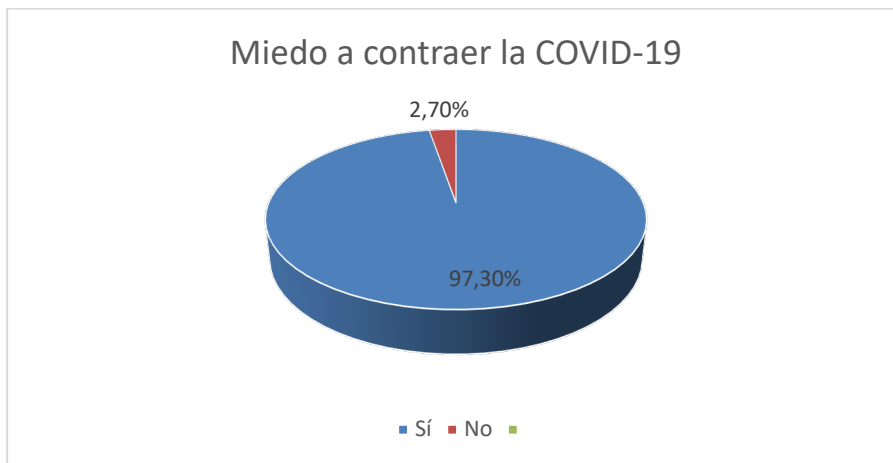
Con relación al ámbito familiar y social y la COVID-19, las personas mayores han manifestado respecto al tipo de convivencia que más de la mitad de la muestra convive con su unidad familiar ( $n=24$ , 63,2%) o lo hacen con su pareja ( $n=9$ , 23,7%). Tan sólo un 7,9% ( $n=3$ ) vive con su familia extensa, lo que indica que el número de convivientes es mayor y se

debe tener en cuenta que la amplia mayoría pertenece a un grupo de riesgo, con el peligro que puede conllevar para su seguridad. El porcentaje más bajo  $n=5,3\%$  ( $n=2$ ) es para aquellos que viven solos.

En cuanto a los resultados obtenidos en la plataforma de *Google Forms*, lo que aportan los participantes de esta muestra es que un total de  $97,3\%$  ( $n$  = ha señalado tener miedo a contraer la COVID-19 frente a un  $2,7\%$  que indica que no.

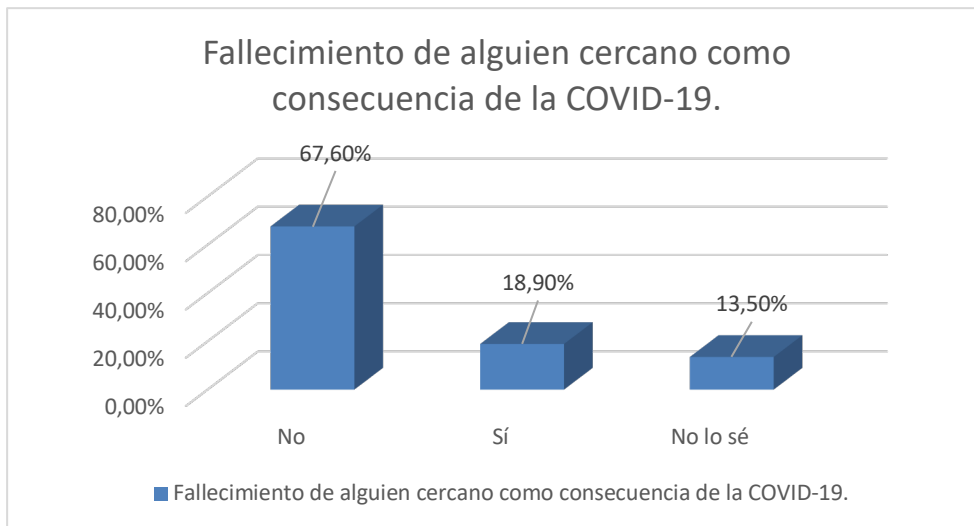
### Gráfico 1

*Porcentaje de la muestra que presenta miedo o ausencia de miedo a contraer la COVID-19.*



### Gráfico 2

*Fallecimientos cercanos a las personas mayores por COVID-19.*



En el gráfico 2 se puede observar que un F=18,9 de la muestra ha indicado que sí ha experimentado la muerte de alguien cercano como consecuencia de haber contraído la COVID-19, aunque un F=67,6 ha marcado que no.

#### *Grupo de profesionales de la salud*

El número total de profesionales de la salud que han contribuido a este estudio es de 44, (14 de ellos son hombres y 30 son mujeres. En este cuestionario el género predominante es el femenino, representando el 65,9% de las respuestas, frente al 34,1% de hombres. Se puede observar un ligero desequilibrio respecto al género, pero es frecuente esta distribución en profesiones como enfermería.

La edad promedio de la muestra es de 38,7 años con una desviación típica de 10,90 años. La edad mínima de los profesionales sanitarios es de 19 años y la edad máxima de 59, aunque la franja de edad con más participación corresponde a la de los 45 hasta los 52 años.

En cuanto a la variable en la que se indica si el sanitario/a en cuestión pertenece a un grupo de riesgo o no, cabe destacar que el ( $n = 14$ ), 31,8% ha marcado que sí. Por otra parte, el ( $n = 30$ ), 68,2% de los sanitarios ha indicado que no pertenece a un grupo de riesgo.

En referencia al tipo de convivencia, la mayoría de la muestra vive con su unidad familiar (59,1%,  $n = 26$ ), seguido de los que conviven con su pareja (29,5%,  $n = 13$ ). El tipo de convivencia menos representativo de esta muestra son aquellos que viven solos/as (11,4%,  $n = 5$ ).

Sobre la profesión de cada participante de la muestra y el puesto de trabajo, la mayoría de ellos/as se dedica a los cuidados de enfermería. En la tabla 1 se puede observar más detalladamente la profesión que desempeña la muestra que ha contribuido al presente estudio, tras haber sido reagrupados en sus respectivas especialidades.

**Tabla 1**

*Profesión y puesto de trabajo de los profesionales de la salud.*

<b>Profesión</b>	<b>Puesto de trabajo</b>
Técnico/a en Auxiliar de Enfermería	18
Enfermero/a	17
Sanitario/a	6
Higienista Bucodental	2
Trabajador Social Sanitario	1

### *Instrumento*

Para responder al objetivo de esta investigación, se utilizaron dos cuestionarios unificados formado por diferentes escalas y cuestionarios validados para población española. Los



cuestionarios han sido administrados a dos grupos, uno a propósito de las personas mayores y el otro para los profesionales sanitarios.

### 1. *Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte, PRAM-R*

El *Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte* (PRAM-R) creado por Gesser y colaboradores en 1987, es un instrumento multidimensional de medida de las actitudes ante la muerte validado para población española. Se trata de una revisión del *Perfil de Actitudes hacia la Muerte* (PAM), siendo ésta la versión original de la herramienta. Se ha administrado tanto a las personas mayores de 65 años como a los profesionales sanitarios.

Como explica Morales (2014), el cuestionario se compone por 32 ítems en escala tipo Likert que oscila entre el 1 y el 7; siendo 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = bastante en desacuerdo, 3 = algo en desacuerdo, 4 = indeciso, 5 = algo de acuerdo, 6 = bastante de acuerdo y 7 = totalmente de acuerdo. Tiene un  $\alpha$  de Cronbach de .89. Es decir, posee nivel de confiabilidad alto, con una tendencia uniforme en todas las dimensiones que evalúa este instrumento. Por lo que se puede verificar que la escala PRAM-R es un instrumento altamente fiable para dar respuesta a cuestiones complejas como son las actitudes hacia la muerte. Una de las ventajas del PRAM-R es que evalúa un amplio espectro de actitudes hacia la muerte, organizado en torno a cinco dimensiones principales, como señala Morales (2014) éstas son:

- **El miedo a la muerte:** se refiere a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables se relacionan con el miedo a la pérdida de uno mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento, y el bienestar de sus allegados. El miedo surge como respuesta a la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.
- **La evitación ante la muerte:** se relaciona con las actitudes de rechazo ante el tema de la muerte y todo lo que se relacione con la misma.

- **La aceptación de acercamiento:** se refiere a las creencias religiosas que pueden aumentar la confianza y la convicción de una vida feliz después de la muerte.
- **La aceptación de escape:** mide las habilidades de afrontamiento de las que puede que carezcan algunas personas para enfrentar el dolor o los problemas de la propia existencia, por ello, la muerte puede ser una idea forjada como alternativa y escape ante las emociones consideradas socialmente negativas.
- **La aceptación neutral:** es definida como la ambivalencia de algunas personas ante el tema de la muerte, expresada como un temor normal, el cual acepta su posible llegada como un acontecimiento innegable y natural, por lo que se intenta sacar el máximo partido a la vida que se tiene.

#### *Escala Professional Quality of Life, ProQOL-IV*

El instrumento *Professional Quality of Life versión IV (ProQOL-IV)*; Figley y Stamm, 1995) está diseñado como un cuestionario autoadministrable que se compone por 30 ítems de tipo Likert, los cuales se responden en función de la frecuencia que se han experimentado en los últimos 30 días de 0= nunca, 1= raramente, 2= algunas veces, 3= con alguna frecuencia, 4= casi siempre, 5= siempre (como se citó en Martínez, 2014).

La escala *ProQOL-IV* de Figley y Stamm (1995) se ha administrado únicamente a los profesionales de la salud. Mide la fatiga de compasión y satisfacción de los profesionales de la salud mediante 3 subescalas: Satisfacción por compasión, *bornout* y trauma secundario. Cada subescala se compone a su vez de 10 ítems. La consistencia interna para la satisfacción con la compasión es de .77, para la escala de trauma secundario de .78 y para la de *bornout* de .54 (Galiana et al., 2015).

Martínez (2014) indica que las subescalas se pueden definir como:

- **Satisfacción por compasión:** Estudia el placer que le da al sanitario/a trabajar ayudando a las personas que necesitan cuidados. Por ejemplo, el placer de recibir el agradecimiento de las personas que han precisado de su ayuda, el sentimiento de haber cumplido con su deber, la sensación de sentirse útil y trascendente para las personas a las que ha ayudado, o por hacer el bien para la sociedad en general. También se relaciona con el vínculo que entabla con los compañeros, el buen ambiente en el trabajo, el reconocimiento profesional, etcétera.
- **Burnout:** En español “Síndrome del Profesional Quemado” puede definirse como un estado de agotamiento emocional, despersonalización y tener el sentido de autoeficacia profesional muy reducido. Es un proceso que se va agravando con el tiempo, al que contribuyen factores relacionados con las características del propio profesional, de la población atendida y de la organización en el trabajo.
- **Trauma secundario:** Es un componente de la fatiga por compasión, es el conjunto de “aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro” (Figley et al., 1995; como se citó en Martínez, 2014, p. 6). El estrés traumático secundario aparece por establecer una relación empática y hace referencia a los comportamientos y emociones por haber experimentado una vivencia traumática por alguien significativo (en este caso el paciente) y presentar episodios de estrés resultado de ayudarlo o querer brindarle ayuda a la persona traumatizada. Es decir, el trauma secundario es el espejo de los síntomas del estrés postraumático experimentado por la víctima primaria del trauma.

*Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte, EBAM*

La *Escala de Afrontamiento de la Muerte* (EBAM; Bugen, 1980) ha sido administrada únicamente a la muestra de personas mayores de 65 años. Esta escala fue el primer instrumento psicométrico que se ideó para medir la competencia ante la muerte, aunque su autor lo diseñó inicialmente para evaluar la efectividad de un programa destinado a los voluntarios en un hospicio. Su intención era identificar habilidades y competencias ante la muerte que deben estar presente en la atención a pacientes y familiares (López, 2013).

Como aporta (Galiana et al., 2015) es un instrumento de medición validado al castellano con un coeficiente alfa de consistencia interna de  $\alpha = .82$ , midiendo un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades. La escala está constituida por 30 ítems, cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7 (1= Totalmente en desacuerdo, 4= neutral y 7= totalmente de acuerdo).

## **Procedimiento**

La investigación está conformada por dos fases; en la primera fase, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para estudiar la situación actual de la COVID-19 y qué posición asumen las personas mayores y el personal sanitario ante dicha situación; y en la segunda fase, se han aplicado una serie de cuestionarios con la finalidad de recoger datos para la investigación y constatar como ha influido la pandemia por coronavirus en las actitudes hacia la muerte en la población de estudio.

La presente investigación se llevó a cabo durante los meses de marzo y mayo del año 2021, para ejecutar la primera fase de la investigación se ha elaborado una revisión bibliográfica y una búsqueda de artículos y publicaciones sobre el tema en cuestión. La búsqueda bibliográfica se ha realizado, principalmente, en *Google Académico*, ya que esta extensión del buscador de *Google* ofrece en su mayoría artículos o publicaciones con validez académica y científica. La información que se ha extraído se ha desglosado en diferentes apartados; entre

ellos, datos generales sobre las personas mayores, el proceso de duelo, la percepción de la muerte en la sociedad occidental, las tradiciones funerarias y el impacto del coronavirus en los rituales mortuorios, en las personas mayores y los profesionales de la salud. En definitiva, se ha efectuado una contextualización de la situación actual para proceder a la siguiente fase de la investigación.

A continuación, se elaboraron los dos cuestionarios en la plataforma de *Google Forms*, la cual es una aplicación de *Google Drive* que permite realizar encuestas de manera telemática y a su vez permite llegar a un número mayor de personas.

A la hora de administrar los cuestionarios a ambos grupos, se les facilitó un consentimiento informado incorporado en la primera sección de la encuesta en el cual se plasma la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. De acuerdo con esta ley de protección de datos, los participantes del estudio podrán efectuar sus derechos dirigiéndose a los departamentos y correos electrónicos que se les ha proporcionado, además se solicita su consentimiento para que los datos aportados puedan manejarse con fines de investigación y académicos en el departamento de investigación de la Universidad de las Islas Baleares. Todos los participantes seleccionaron la opción en la cual aceptaban su participación y daban su consentimiento para formar parte de esta investigación.

El primer cuestionario dirigido a las personas mayores de 65 años denominado “*Actitudes hacia la muerte de las personas mayores tras la aparición de la COVID-19*” se encuentra dividido en cuatro secciones (véase Anexo I). Tiene un total de 62 preguntas, 10 han sido formuladas por la autora de este estudio, entre las cuales se incluyen variables descriptivas sobre los participantes y otras preguntas de interés sobre el COVID-19, la escala EBAM y el cuestionario PRAM-R.

En la primera sección se explica el objetivo de la presente investigación, y por ende la finalidad del cuestionario. En esta sección también aparece el consentimiento informado. si el participante no está de acuerdo y/o no acepta las condiciones, no se le permite pasar a la siguiente sección para contribuir a este estudio. En la segunda sección se encuentran 10 preguntas sobre variables descriptivas del participante, en las que se pregunta la edad, el género, el tipo de convivencia, si debido a su tipo de convivencia considera que está expuesto/a a contagiarse de la COVID-19, si conoce a alguien que se haya contagiado o haya fallecido, si el/la participante en cuestión se ha contagiado en algún momento, si se ha realizado alguna PCR con resultado positivo en COVID-19 y si ha sentido miedo de contagiarse del nuevo virus. En la tercera sección se encuentra el cuestionario de la escala EBAM y en la cuarta el cuestionario PRAM-R.

El segundo cuestionario dirigido a los Profesionales de la salud denominado “*Actitudes hacia la muerte de los profesionales de la salud tras la aparición de la COVID-19*” se divide en cuatro secciones (véase Anexo II). Está compuesto por 76 cuestiones en total; se añadieron 14 variables descriptivas para conocer la situación en la que se encuentra cada uno de los participantes, y el resto de las preguntas pertenecen al cuestionario de PRAM-R y la escala *ProQOL-IV*. La primera sección es exactamente igual que en el cuestionario descrito anteriormente; en la segunda sección aparecen las siguientes variables descriptivas: Género, edad, si pertenece a un grupo de riesgo, el tipo de convivencia y si debido a ésta puede contraer la COVID-19, su profesión, su puesto de trabajo actual, si debido a su trabajo se encuentra expuesto a contraer la COVID-19, si cree haberla pasado, si alguien de su círculo más próximo la ha pasado y ha fallecido a causa de la enfermedad, si se ha realizado alguna PCR con resultado positivo en COVID-19, si ha sentido miedo de contagiarse en su entorno laboral y finalmente si ha tenido contacto con pacientes positivos en COVID-19. En la tercera sección se encuentra el cuestionario *PRAM-R* y en la cuarta y última sección el cuestionario de *PROQL-IV*.

Los cuestionarios comenzaron a administrarse a los participantes el 14 de abril del 2021, a través de la plataforma *Google Forms* y ha sido difundido por diferentes redes sociales (*Instagram, WhatsApp y Facebook*). Se optó por esta vía de difusión ya que a través de las nuevas tecnologías es posible acceder a un mayor número de personas que cumplieran los requisitos de edad y contactar más fácilmente con profesionales de la salud, sobretodo por grupos de *Facebook*, adquiriendo una muestra considerable de todos ellos. Durante el proceso de recogida de información surgieron algunas dificultades; una de ellas ha sido que, para obtener datos sobre las personas mayores, debido a que este grupo de la población no son nativos de Internet, ha resultado más difícil lograr su participación, por lo que se tuvo que pedir a familiares de estos, que les ayudaran a rellenar el cuestionario.

El 4 de mayo se decidió dar por finalizada la fase de recogida de datos y proceder a la evaluación de los resultados obtenidos. Los datos fueron recogidos en un archivo Excel por la misma plataforma de *Google Forms* y fueron exportados y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 27.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos en la investigación se van a dividir en tres bloques; el bloque número uno pertenece al grupo de las personas mayores de 65 años. El bloque número dos pertenece al grupo de profesionales de la salud y el bloque número tres corresponde a ambos grupos.

### ***Bloque 1. Grupo de personas mayores de 65 años***

En primer lugar, en cuanto a la posibilidad de contraer la COVID-19 por el tipo de convivencia, el número de personas que ha marcado que sí es mucho mayor que el que ha marcado que no. El 81,6% ( $n=31$ ) de las personas mayores se encuentra en riesgo de contraer la COVID-19 en su núcleo de convivencia.

Sobre la creencia del o de la participante sobre si ha enfermado de COVID-19, un 60,5% ( $n=23$ ) ha marcado que no, pero el dato más destacado es que un 23,7% ( $n=9$ ) no lo sabe y solo un 15,8% ( $n=6$ ) ha indicado directamente que sí. El 71,1% ( $n=27$ ) de la muestra tiene algún familiar o amigo cercano ha pasado la COVID-19, lo que supone una clara necesidad de abordar la situación y se ve reflejada la magnitud que ha alcanzado la pandemia en España. Un 23,7% ( $n=9$ ) de los encuestados responde que nadie de su círculo se ha contagiado de COVID-19, mientras que un 5,3% ( $n=2$ ) de ellos indica no saberlo.

Con relación al fallecimiento en consecuencia de haber contraído la COVID-19, un 65,8% ( $n=25$ ) señala que se no se han producido fallecimientos en su círculo más próximo, mientras un 21,1% ( $n=8$ ) indica que sí. El 13,2% ( $n=5$ ) indica no saber si se ha producido la muerte como consecuencia de la COVID-19 en personas cercanas a su entorno.

En cuanto a la realización de la principal prueba de diagnóstico de COVID-19, el 84,2% ( $n=32$ ) de los participantes señala que no se han realizado la PCR (siglas en inglés de “Reacción en Cadena de la Polimersa”, es una prueba de diagnóstico) con resultado positivo o que el resultado ha sido negativo. Este hecho puede deberse a que no se hayan realizado la prueba por no presentar síntomas compatibles con la enfermedad, a la falta de pruebas como recurso sanitario o que no haya sido necesario realizársela al no tener sospecha de tener la enfermedad.

En relación con el análisis de los resultados de los cuestionarios administrados (EBAM y PRAM-R), en primer lugar, se presentan las pruebas de normalidad, seguido del análisis de estadísticos descriptivos de las variables resultado, de los análisis de correlaciones y las comparaciones de grupos.



Las variables que presentan normalidad analizada a partir del estadístico Shapiro-Wilk<sup>1</sup> son: PRAM Total  $W=.952$ ,  $p=.105$ , Aceptación de acercamiento  $W=.956$ ,  $p=.144$ , y BUGEN Total  $W=.966$ ,  $p=.303$ . Las variables que no pueden asumir normalidad son: Miedo a la muerte  $W=.857$ ,  $p<.000$ , Evitación de la muerte  $W=.919$ ,  $p=.009$ , Aceptación de escape  $W=.930$ ,  $p=.021$ , y Aceptación neutral  $W=.935$ ,  $p=.028$ .

Dado que hay algunas variables de diferentes instrumentos, se opta por estandarizar las puntuaciones y tipificarlas. Se ha hecho una transformación a puntuaciones Z con  $M=0$  y  $DE=1$ . Se aplicarán pruebas no paramétricas para aquellas variables que no presentan distribución normal.

Respecto al instrumento de PRAM-R, como se puede observar la muestra presenta las medias más bajas en las dimensiones de *Evitación de la muerte*, la *Aceptación de escape* y la media más alta se corresponde con la dimensión de *Aceptación de acercamiento*, seguida de la *Aceptación neutral* (véase tabla 2).

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos de actitudes hacia la muerte según PRAM-R.*

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>
<b>PRAM-R total</b>	50,00	132,00	89,3421	23,32645
Miedo a la muerte	7,00	36,00	16,4211	9,36535
Evitación de la muerte	5,00	29,00	13,8947	7,01269
Aceptación de acercamiento	10,00	52,00	29,6842	11,81182
Aceptación de escape	5,00	29,00	13,1842	6,43410
Aceptación neutral	6,00	32,00	16,1579	6,79637
<b>N</b>	44			

<sup>1</sup> La prueba de normalidad de Shapiro Wilk se utiliza para muestras de menos de 50 casos.

Para la escala EBAM se presentan igualmente los estadísticos descriptivos para obtener una media global sobre las actitudes hacia la muerte de las personas mayores. Como se puede observar en la tabla 3, la media de toda la muestra es de 125,36 lo que significa que, en conjunto, el grupo de mayores de 65 años se encuentran dentro de los parámetros considerados normales, por lo que no existe ni un peor afrontamiento de la muerte ni un afrontamiento óptimo, si no más bien neutral.

**Tabla 3**

*Estadísticos descriptivos de actitudes hacia la muerte según la EBAM.*

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>
<b>BUGEN total</b>	79,00	167,00	125,3684	21,78944
<b>N</b>	38			

El análisis de correlaciones se ha realizado con la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman. En la tabla 4 se muestran los valores de la correlación de Spearman y su significación. En el análisis de correlación de Spearman de las personas mayores, los resultados arrojan que la variable de Miedo a la muerte tiene una correlación estadísticamente significativa y positiva con Evitación de la muerte con  $r=0,718$ ,  $p<0,00$ . Las variables que hacen referencia a la aceptación de la muerte: Aceptación neutral tiene una relación estadísticamente significativa inversamente proporcional y de fuerza moderada entre la variable de Miedo a la muerte, lo que significa que cuanto más miedo se tiene a la muerte, existe menos capacidad de aceptación; ( $r= -538$ ,  $p<0,00$ ). También se puede observar que existe correlación positiva, aunque débil entre Aceptación de escape y Evitación de la muerte ( $r=0,453$ ,  $p<0,006$ ).

**Tabla 4**

*Análisis de correlación de las variables evaluadas en el grupo de mayores de 65 años.*

<b>Variables</b>		<b>PRAM-R puntuación total</b>	Miedo a la muerte	Evitación de la muerte	Aceptación de acercamiento	Aceptación de escape	Aceptación neutral	<b>BUGEN puntuación total</b>
<b>PRAM-R puntuación total</b>	$r_s$	1						
	$p$	.						
Miedo a la muerte	$r_s$	.505**	1					
	$p$	.001	.					
Evitación de la muerte	$r_s$	.617**	.718**	1				
	$p$	.000	.000	.				
Aceptación de acercamiento	$r_s$	.665**	-.060	.053	1			
	$p$	.000	.722	.751	.			
Aceptación de escape	$r_s$	.670**	.409*	.453**	.363*	1		
	$p$	.000	.011	.006	.025	.		
Aceptación neutral	$r_s$	.168	-.538**	-.287	.346*	-.058	1	
	$p$	.315	.000	.080	.033	.729	.	
<b>BUGEN puntuación total</b>	$r_s$	.365*	.646**	.463**	.001	.256	-.422**	1
	$p$	.024	.000	.003	.996	.121	.008	.

Nota.  $r_s$ , coeficiente de correlación de Spearman;  $p$ , significación bilateral.

\*\* La correlación es significativa a nivel  $p=.01$ ; \* La correlación es significativa a nivel  $p=.05$ .

Con relación al análisis de las diferencias en función del sexo, se ha aplicado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (véase tabla 5). Los resultados de este estadístico muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables evaluadas en función del sexo en el grupo de mayores de 65 años.

**Tabla 5**

*Análisis de diferencia de medias en el grupo de mayores de 65 años en función del sexo.*

<b>Variables</b>	<b>Sexo</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>	<b><math>U</math></b>	<b><math>p</math></b>
<b>PRAM-R</b>	Hombre	16,31	261	125	.131

<b>puntuación total</b>	Mujer	21,82	480		
Miedo a la muerte	Hombre	17,13	274	138	.257
	Mujer	21,23	467		
Evitación de la muerte	Hombre	15,44	247	111	.054
	Mujer	22,45	494		
Aceptación de acercamiento	Hombre	20,44	327	161	.657
	Mujer	18,82	414		
Aceptación de escape	Hombre	16,09	257	121,5	.105
	Mujer	21,98	483		
Aceptación neutral	Hombre	20,06	321	167	.789
	Mujer	19,09	420		
<b>BUGEN</b>	Hombre	17,25	276	140	.286
<b>puntuación total</b>	Mujer	21,14	465		

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

### ***Bloque 2. Grupo de profesionales de la salud***

En cuanto a los profesionales de la salud, la variable sobre la posibilidad de contraer la COVID-19 debido a su tipo de convivencia, el 77,3% ( $n=34$ ) de los participantes marca que sí, frente al 22,7% ( $n=10$ ) que expresa que no se encuentra expuesto.

El siguiente resultado es bastante interesante, ya que el 100% de la muestra de los profesionales de la salud ha indicado que si se encuentra expuesto a la COVID-19 en su trabajo. Tienen una percepción de ser uno de los colectivos que está más expuesto al virus. De hecho, existen datos que revelan que España es el país que sumó más sanitarios infectados en comparación a los países vecinos (Ortega, 2020).

Ahora bien, solo el 20,5% ( $n=9$ ) ha indicado que sí cree haber pasado la COVID-19, mientras que un 59,1% ( $n=26$ ) indica que no y el 20,5% ( $n=9$ ) restante simplemente expresa no saberlo.

Sobre el entorno más cercano a los participantes, se han podido extraer los siguientes resultados. El 65,9% ( $n=29$ ) de los participantes destaca que tiene a alguien de su círculo más próximo que ha pasado la COVID-19. Solo un 29,5% ( $n=13$ ) de la muestra ha marcado que nadie cercano lo ha pasado y un 4,5% ( $n=2$ ) lo desconoce.

Con relación al análisis de los resultados de los cuestionarios administrados (PRAM-R y *ProQOL-IV*), en primer lugar, se presentan las pruebas de normalidad, seguido del análisis de estadísticos descriptivos de las variables resultado, de los análisis de correlaciones y las comparaciones de grupos.

Las variables que presentan normalidad, analizada a partir del estadístico Shapiro-Wilk son: Evitación de la muerte  $W=.971$ ,  $p=.334$ , Aceptación de acercamiento  $W=.966$ ,  $p=.216$ , ProQOL Total  $W=.973$ ,  $p=.396$ , Satisfacción por compasión  $W=.969$ ,  $p=.269$ , Burnout  $W=.973$ ,  $p=.399$ , y PRAM Total  $W=.961$ ,  $p=.137$ . Las variables que no pueden asumir normalidad son: Miedo a la muerte  $W=.939$ ,  $p=.022$ , Aceptación de escape  $W=.911$ ,  $p=.002$ , Aceptación neutral  $W=.825$ ,  $p<.000$ , y Trauma secundario  $W=.941$ ,  $p=.027$ .

Dado que hay algunas variables de diferentes instrumentos, se opta por estandarizar las puntuaciones y tipificarlas. Se ha hecho una transformación a puntuaciones  $Z$  con  $M=0$  y  $DE=1$ . Se aplicarán pruebas no paramétricas debido a que hay variables que no presentan distribución normal.

Al grupo de profesionales de la salud también se evaluó con el instrumento de PRAM-R. Los resultados reflejan las siguientes actitudes que difieren entre ellas según la media y la desviación típica en las diferentes dimensiones:

**Tabla 6**

*Estadísticos descriptivos de las actitudes hacia la muerte de los profesionales de la salud según PRAM-R.*

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>
<b>PRAM total</b>	70,00	172,00	116,8864	27,79678
Aceptación neutral	7,00	23,00	12,0909	4,04520
Aceptación de escape	7,00	35,00	19,1364	7,96968
Aceptación de acercamiento	23,00	70,00	45,9545	13,07217
Evitación de la muerte	5,00	35,00	16,3864	7,11113
Miedo a la muerte	8,00	44,00	23,3182	10,59788
<b>N</b>	44			

En relación con el cuestionario *ProQOL-IV* que se administró a los profesionales de la salud, también se han extraído los estadísticos descriptivos, de los cuales se han analizado los resultados de las subescalas (véase tabla 7): Trauma secundario con una media 38,45 y una desviación típica de 10,1; Satisfacción por compasión con una media de 33,9 y una desviación típica de 8,87; y Burnout con una media de 37,5 y una desviación típica de 9,23.

**Tabla 7**

*Estadísticos descriptivos del instrumento ProQOL-IV*

	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>	<b>N</b>
<b>Trauma secundario</b>	38,4545	10,10516	44
<b>Satisfacción por compasión</b>	33,9773	8,87769	44
<b>Burnout</b>	37,5227	9,23716	44

El análisis de correlaciones se ha realizado con la prueba no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman. En la tabla 8 se muestran los valores de la correlación de Spearman y su significación; para esta prueba la muestra revela que las variables Miedo a la muerte y

*Bornout* tienen una correlación elevada con  $r=0,717$  y  $p<0,00$ . Se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre las diferentes subescalas de ambos cuestionarios, exceptuando la variable de Aceptación neutral, para la que no se ha encontrado asociación entre el resto de las variables.

Pero sí que encontramos una correlación estadísticamente significativa entre Satisfacción por compasión y Miedo a la muerte ( $r=0,708$ ,  $p<0,00$ ); Trauma secundario y Aceptación de acercamiento ( $r=0,777$ ,  $p<0,00$ ); Trauma secundario y Aceptación de escape con ( $r=0,702$ ,  $p<0,00$ ).

**Tabla 8**

*Análisis de correlación de Pearson de los Profesionales de la salud según PRAM y ProQOL-IV*

<b>Variables</b>	<b>PRAM-R</b>	Miedo a la muerte	Evitación de la muerte	Aceptación de acercamiento	Aceptación de escape	Aceptación neutral	<b>ProQOL</b>	<b>Satisfacción por compasión</b>	<b>Burnout</b>	<b>Trauma secundario</b>
<b>PRAM-R</b>	$r_s$	1								
<b>puntuación total</b>	$p$	.								
Miedo a la muerte	$r_s$	.698**	1							
	$p$	.000	.							
Evitación de la muerte	$r_s$	.599**	.581**	1						
	$p$	.000	.000	.						
Aceptación de acercamiento	$r_s$	.771**	.367*	.138	1					
	$p$	.000	.014	.373	.					
Aceptación de escape	$r_s$	.670**	.090	.102	.369*	1				
	$p$	.000	.562	.508	.014	.				
Aceptación neutral	$r_s$	.505**	-.286	-.232	.171	.057	1			
	$p$	.000	.060	.130	.266	.715	.			
<b>ProQOL</b>	$r_s$	.071	-.627**	-.592**	-.187	-.499**	.297	1		
<b>Puntuación total</b>	$p$	.648	.000	.000	.225	.002	.050	.		



Satisfacción compasión	por	$r_s$	-.579**	.708**	-.594**	.669**	-.368*	.190	-.499**	1		
		$p$	.000	.000	.000	.000	.014	.217	.001	.		
Burnout		$r_s$	.926	.717**	.675**	.676**	.165	-.146	-.488**	.724**	1	
		$p$	.000	.000	.000	.000	.283	.344	.001	.000	.	
Trauma secundario		$r_s$	.829**	.492**	.339*	.777**	.702**	.183	-.527**	.777**	.585**	1
		$p$	.000	.001	.024	.000	.000	.233	.000	.000	.000	.

Y para finalizar el análisis de resultados de este instrumento, se han elaborado tablas de frecuencia para cada una de las subescalas (véase tabla 9). Los niveles de las subescalas del cuestionario de calidad de vida profesional evidencian los siguientes resultados: En el nivel de satisfacción por compasión el porcentaje más alto corresponde a la categoría media ( $n = 29$ ), 65,9%, seguido de ( $n = 9$ ), 20,5% que indica que la muestra siente placer al trabajar ayudando a otras personas. En el nivel de *burnout* un ( $n = 25$ ) 56,8% se encuentra dentro de una franja normal, aunque hay ( $n = 14$ ), 31,8% del total de la muestra que ha indicado que tiene sentimientos negativos como agotamiento sobre su percepción de autoeficacia profesional. Por último, se encuentra el nivel de trauma secundario; ningún participante se encuentra exento de sufrir este fenómeno, ya que el 100% de la muestra se encuentra entre un nivel medio ( $n = 29$ ), 65,9% o en un nivel alto ( $n = 9$ ), 20,5%, lo que quiere decir que toda la muestra, siente, como mínimo, un ápice de tensión traumática cuando se enfrenta a su trabajo.

#### **Tabla 9**

*Interpretación por niveles de las subescalas de la calidad de vida profesional del personal sanitario según ProQOL-IV.*

Nivel	Satisfacción por compasión		<i>Bornout</i>		Trauma secundario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Bajo</b>	5	11,4	2	4,5		
<b>Medio</b>	29	65,9	25	56,8	29	65,9
<b>Alto</b>	9	20,5	14	31,8	9	20,5
<b>Total</b>	43	97,7	41	93,2	38	86,4
<b>Perdidos</b>	1	2,3	33	6,8	6	13,6
<b>Sistema</b>						
<b>Total</b>	44	100,0	44	100,0	44	100,0

Con relación al análisis de las diferencias en función del sexo, se ha aplicado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (véase tabla 10). Los resultados de este estadístico muestran que hay diferencias estadísticamente significativas en Aceptación de escape ( $p < 0,005$ ), en Aceptación neutral ( $p < 0,029$ ) y en general, en la puntuación total de este cuestionario (ProQLIV\_total,  $p < 0,11$ ) en función del sexo en el grupo de profesionales sanitarios. En las tres dimensiones anteriormente mencionadas, son los hombres los que han mostrado tener menor capacidad de aceptación de la muerte.

Tabla 10

*Análisis de diferencia de medias en el grupo de profesionales en función del sexo.*

Variables	Sexo	Rango promedio	Suma de rangos	<i>U</i>	<i>p</i>
<b>PRAM-R</b>	Hombre	22,47	337	217	.990
<b>puntuación total</b>	Mujer	22,52	653		
Miedo a la muerte	Hombre	22,63	339,5	215	.960
	Mujer	22,43	650,5		

Evitación de la muerte	Hombre	21,57	323,5	203	.728
	Mujer	22,98	666,5		
Aceptación de acercamiento	Hombre	26,33	395	160	.154
	Mujer	20,52	595		
Aceptación de escape	Hombre	15,00	225	105	.005
	Mujer	26,38	765		
Aceptación neutral	Hombre	28,30	424,5	130,5	.029
	Mujer	19,50	565,5		
<b>ProQOL</b>	Hombre	29,30	439,5	115,5	.011
<b>Puntuación total</b>	Mujer	18,98	550,5		
Satisfacción por compasión	Hombre	24,33	365	190	.495
	Mujer	21,55	625		
Burnout	Hombre	24,47	367	188	.464
	Mujer	21,48	623		
Trauma secundario	Hombre	21,10	316,5	196,5	.603
	Mujer	23,22	673,5		

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

### ***Bloque 3. Análisis conjunto de personas mayores y profesionales sanitarios***

En este bloque se van a presentar los resultados obtenidos por ambos grupos, realizando una comparación entre ellos. Concretamente con el instrumento de PRAM-R, debido a que éste se administró a las dos muestras. Para ello, se ha hecho una correlación de Spearman (véase Tabla 11) y una comparación de diferencias de grupos a través de la prueba estadística U de Mann-Whitney (véase Tabla 13). La correlación entre los resultados obtenidos en el cuestionario de actitudes hacia la muerte de PRAM-R arroja significatividad con una fuerza elevada entre las dimensiones: Miedo a la muerte y Evitación de la muerte ( $r=0,642$ ,  $p<0,000$ ); con una fuerza débil, pero con significancia positiva las variables Aceptación de acercamiento ( $r=0,299$ ,  $p<0,006$ ) y Aceptación de escape ( $r=0,298$ ,  $p<0,007$ ) y Miedo a la muerte. Por otro lado, se demuestra una correlación inversa de fuerza moderada entre las

variables de Aceptación neutral y Miedo a la muerte ( $r=-.472$ ,  $p<.000$ ) y Evitación de la muerte entre Aceptación neutral ( $r=-.238$ ,  $p<.031$ ). También cabe destacar que en todas las dimensiones existen correlaciones entre la puntuación total de la encuesta, excepto en aceptación neutral.

**Tabla 11**

*Análisis de correlación de Spearman de ambas muestras según PRAM-R.*

Variables	PRAM-R	Miedo	Evitación	Aceptación	Aceptación	Aceptación
	puntuación	a la	de la	de	de escape	neutral
	total	muerte	muerte	acercamiento		
PRAM-R	$r_s$ 1					
puntuación	$p$ .					
total						
Miedo a la	$r_s$ .670**	1				
muerte	$p$ .000	.				
Evitación de la	$r_s$ .642**	.642**	1			
muerte	$p$ .000	.000	.			
Aceptación de	$r_s$ .764**	.299**	.175	1		
acercamiento	$p$ .000	.006	.116	.		
Aceptación de	$r_s$ .620**	.298**	.303**	.446**	1	
escape	$p$ .000	.007	.006	.000	.	
Aceptación	$r_s$ -.032	-.472**	-.238*	.026	-.081	1
neutral	$p$ .775	.000	.031	.816	.472	.

La tabla 12 de estadísticos descriptivos ofrece una comparación de ambos grupos de la muestra, la media revela que de manera general los que tienen mejor dominio y capacidad de aceptación de la muerte y menos miedo y evitación hacia ésta son las personas mayores. Los profesionales de la salud son los que muestran más complicaciones a la hora de abordar la muerte tal y como expresa la media.

**Tabla 12**

*Análisis de estadísticos descriptivos de ambos grupos.*

	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Desviación</b>	<b>Desv. promedio</b>	<b>Error</b>
<b>PRAM_TOTAL</b>	Mayores	38	89,3421	23,32645	3,78405	
	Profesionales	44	116,8864	27,79678	4,19052	
<b>Miedo_muerte</b>	Mayores	38	16,4211	9,36535	1,51926	
	Profesionales	44	23,3182	10,59788	1,59769	
<b>Evitación_muerte</b>	Mayores	38	13,8947	7,01269	1,13761	
	Profesionales	44	16,3864	7,11113	1,07204	
<b>Aceptación_acercamiento</b>	Mayores	38	29,6842	11,81182	1,91613	
	Profesionales	44	45,9545	13,07217	1,97070	
<b>Aceptación_escape</b>	Mayores	38	13,1842	6,43410	1,04375	
	Profesionales	44	19,1364	7,96968	1,20148	
<b>Aceptación_neutral</b>	Mayores	38	16,1579	6,79637	1,10252	
	Profesionales	44	12,0909	4,04520	,60984	

Para finalizar el análisis de los resultados, el estadístico U de Mann-Whitney para muestras independientes compara las actitudes hacia la muerte de las personas mayores y de los profesionales de la salud (véase tabla 13), encontrando diferencias significativas con un rango superior para los profesionales sanitarios. Los resultados de los profesionales de la salud son Miedo a la muerte (rango=48,99,  $p<0,00$ ); Aceptación de acercamiento (rango=53,52,  $p<0,00$ ) y Aceptación de escape (rango=49,14,  $p<0,002$ ). Además, existen diferencias significativas con un rango promedio superior para las personas mayores en la dimensión Aceptación neutral (rango=49,89,  $p<0,003$ ). Lo que quiere decir que presentan más dificultades en las dimensiones mencionadas.

**Tabla 13**

*Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para ambos grupos.*

<b>Variables</b>	<b>Grupo</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>Suma de rangos</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>PRAM-R</b>	Mayores de 65	29,76	1131	390	.000

puntuación total		años					
	Profesionales			51,64	2272		
Miedo a la muerte	Mayores de 65 años			32,83	1247,5	506	.002
	Profesionales			48,99	2155,5		
Evitación de la muerte	Mayores de 65 años			36,75	1396,5	655	.093
	Profesionales			45,60	2006,5		
Aceptación de acercamiento	Mayores de 65 años			27,58	1048	307	.000
	Profesionales			53,52	2355		
Aceptación de escape	Mayores de 65 años			32,66	1241	500	.002
	Profesionales			49,14	2162		
Aceptación neutral	Mayores de 65 años			49,89	1896	517	.003
	Profesionales			34,25	1507		

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

## CONCLUSIONES

A raíz de la presente investigación se ha pretendido estudiar las actitudes hacia la muerte de las personas mayores y de los profesionales de la salud, para explorar qué pasa con las actitudes hacia la muerte ante una situación excepcional.

Los resultados muestran que hay diferencias significativas en las actitudes hacia la muerte por parte de los profesionales de la salud y las personas mayores, si se comparan ambos grupos. En este caso, aparece que los profesionales de la salud han obtenido resultados que reflejan menos capacidad de afrontamiento, entre ellas, en la dimensión de Miedo a la Muerte y Evitación de la muerte. Estos resultados chocan plenamente con la hipótesis que se había planteado para la investigación, ya que en un principio se planteó que las personas mayores

presentaran niveles más altos de miedo debido a que pertenecen a un grupo considerado de alto riesgo y es el que ha sufrido más fallecimientos al contagiarse de COVID-19. Los resultados han arrojado que los profesionales de la salud manifiestan más dificultades a la hora de abordar la muerte, pero aún así las personas mayores también han mostrado algunas complicaciones, aunque en niveles más bajos. Por lo que se considera que la hipótesis de la investigación queda aceptada. Este fenómeno que ha resultado aún así inesperado puede explicarse del siguiente modo; según Schmidt (2016) el miedo a la muerte está relacionado con las experiencias personales, sobretodo situaciones vitales extremas que hayan ocurrido a familiares y seres queridos, más que a experiencias relacionadas directamente con la propia salud o integridad física.

Los resultados cobran sentido si se tiene en consideración que los profesionales de la salud juegan el papel de “puerta de entrada” hacia la muerte como se ha mencionado anteriormente y, que, durante la pandemia, se han producido un elevado número de muertes, en un corto periodo de tiempo en el hospital que ha tenido que atender el personal sanitario. Como se puede ver en la tabla 8; la escala de trauma secundario es la que ha arrojado peores resultados para este grupo.

También es conveniente enfatizar que los profesionales sanitarios no se han considerado un grupo de riesgo durante las olas de coronavirus que golpearon a la población. Los grupos de la población que se considera que tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave por COVID-19 son las personas mayores, personas con enfermedad en los pulmones, embarazadas, personas con diabetes, etcétera. Es curioso que los profesionales de la salud no se hayan considerado un grupo de riesgo teniendo en cuenta que es el grupo que ha encarado el virus desde la primera ola, y que, en España, como se ha comentado con anterioridad, han muerto más sanitarios que en otros países europeos tras contagiarse del nuevo coronavirus.

En lo concerniente a las personas mayores, el estudio llevado a cabo por Uribe et al (2007) sostiene que la persona mayor puede adoptar una actitud de serenidad ante la muerte, como ha



ocurrido con la muestra; que las dimensiones de aceptación de escape y de acercamiento han sido las que han obtenido mejores puntuaciones y que por lo tanto indica que, cuando uno se siente satisfecho con lo vivido, se siente más preparado para la muerte.

Teniendo en cuenta este aspecto es posible que la construcción del concepto de muerte en las personas mayores esté influida por factores como presenciar muertes cercanas, las enfermedades, el distanciamiento de los hijos, la elaboración de duelos correspondientes, etcétera. De esta manera una de las representaciones que tienen de la muerte es simplemente que ésta pertenece a la culminación del ciclo vital del ser humano, presentando una actitud de indiferencia, restándole importancia a dicho momento (Uribe et al. 2007).

La muerte es aceptada cuando la persona mayor reconoce que sus funciones se ven afectadas con el paso del tiempo y que esta condición finalmente les conduce a perder roles que anteriormente ocupaban, además, dentro de la sociedad occidental existe un distanciamiento entre generaciones lo que conlleva a las personas que se van haciendo cada vez más mayores a hacerse la idea de que la muerte ya no es una realidad lejana y que por tanto, comiencen a asumirla y aceptarla sin temor (Uribe et al, 2007).

También se debe tener en cuenta que en el cuestionario que se lanzó a las personas mayores existía un criterio de exclusión referido a la edad, tan sólo han sido válidas las respuestas de la muestra que tenía 65 años o más. En cambio, los profesionales de la salud no contaban con este criterio por lo que han podido participar jóvenes, adultos y personas mayores, y que los contactos cercanos con la muerte pueden variar en las actitudes de un participante a otro. A una persona joven le puede haber resultado más difícil asimilar la situación y que se haya sentido más desbordado/a en su trabajo, por lo que esta diferencia de edad entre los dos grupos puede haber marcado también la diferencia en los resultados.

Otro aspecto por destacar sobre los profesionales de la salud es que toda la muestra presenta tensión traumática secundaria a causa de la exposición a los traumas de sus pacientes.

Teniendo en cuenta el contexto que a propiciado la COVID-19, los y las sanitarias han protagonizado una exposición muy cercana y continua a las manifestaciones emocionales de los pacientes, un proceso que se define así: “cuando un individuo observa el sufrimiento de otro, experimentando paralelamente las mismas respuestas emocionales de aquella persona”; afectando a su estado emocional, su eficacia y su salud. En el estudio llevado a cabo por (Meda et al, 2012) se reconoce que en una profesión como la de los sanitarios la respuesta a situaciones desbordantes puede llevar al desarrollo de estrés traumático secundario por el alto contenido emocional de las experiencias. Esta afirmación pueden relacionarse con los niveles de trauma secundario y *bornout* que ha presentado la muestra de este estudio.

Respecto a los resultados en función del género, no se ha hallado ninguna diferencia significativa en el grupo de personas mayores, solamente en la dimensión de evitación de la muerte. En el grupo de profesionales sanitarios se ha comprobado que los hombres tienen mejores expectativas sobre la finitud de la vida, mostrando mejor capacidad de aceptación de la muerte que las mujeres.

De este modo, los resultados han indicado que el tema de la muerte ya no afecta únicamente a las personas mayores, si no que puede generar ansiedad, miedo, evitación, agotamiento, incluso trauma y otros síntomas a las personas jóvenes y más adultas. En cuanto a los profesionales de la salud, es importante mencionar que el proceso de muerte ha sido institucionalizado casi por completo y actualmente un alto porcentaje de la población muere en el hospital; muertes para las cuales la mayoría del personal sanitario no está preparado ya que la sociedad occidental está acostumbrada a vivir de espaldas a la muerte.

Según el estudio de Lena (2020) las personas mayores que han experimentado una muerte cercana debido a la COVID-19 han desarrollado problemas psicológicos como ansiedad, depresión y estrés, lo que confirma la necesidad fundamental de prestar acompañamiento emocional a los allegados de los fallecidos, ya que sería probable que presenten actitudes aversivas hacia la muerte como resultado. Aunque este fenómeno no se ha investigado en este

estudio, debería prestarse atención ya que de momento la muestra ha manifestado buena capacidad de afrontamiento de la muerte y la aparición de la COVID-19 puede desestabilizar esta capacidad si no se trabaja como debe.

Por todo lo anteriormente destacado y las evidencias de este estudio, se pone de manifiesto que los efectos del coronavirus han sido especialmente negativos para los profesionales de la salud, no obstante, también se destaca el miedo a la muerte de las personas mayores en sus resultados. Lo dicho, análogamente las personas mayores también expresan mejor dominio en dimensiones de aceptación, como ocurre con la de acercamiento a la muerte, lo que quiere decir que el perfil de la muestra espera una vida mejor que esta cuando muera. En lo que respecta a la espiritualidad, esta ha disminuido en las últimas décadas, sobretodo en la población joven, lo que conlleva a que no se acepte la idea de que existe una vida después de la muerte, y como consecuencia aparece el temor cuando esta ocurre. Lo contrario sucede cuando existe una creencia en Dios y en la vida después de la misma, ya que este pensamiento genera que las personas acepten con más facilidad la muerte como parte integral y tengan una actitud de acercamiento a ella (Falkenhain et al., 2003, como se citó en Uribe, 2008).

En conclusión, las personas mayores han obtenido mejores resultados en cuanto a abordar la muerte se refiere. Los profesionales de la salud han destacado por presentar altos niveles de tensión, de estrés, de *bornout* y mayor miedo y evitación de la muerte. Por lo que se considera esencial dotar de una educación para la muerte a los profesionales de la salud, para que de este modo adquieran estrategias que se adapten a la nueva situación y que grosso modo, se adapte a lo que es la culminación del ciclo vital.

## **LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Una de las mayores limitaciones que se ha encontrado a la hora de realizar la investigación ha sido el bajo tamaño muestral. Uno de los criterios para uno de los grupos de la muestra era que fueran personas mayores de 65 años y conseguir participantes que cumplieran esta

característica ha resultado más complicado. Otra de las limitaciones ha sido que la encuesta se ha administrado únicamente a través de Internet y las personas mayores no están igual de familiarizados con los medios tecnológicos como la población joven, por lo que la participación se logró gracias a la implicación de terceras personas.

## REFERENCIAS

Abellán García, A, Aceituno Nieto, P, Pérez Díaz, J, Ramiro Fariñas, D, Ayala García, A y Pujol Rodríguez R. (22 de marzo de 2019). “*Un perfil de las personas mayores en España 2019. Indicadores estadísticos básicos*” Informes Envejecimiento en red n°22, 38p. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/180092/1/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

Araujo Hernández, M., García Navarro, S., García-Navarro, E. (10 de mayo de 2020). *Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID:19: revisión narrativa*. Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España. <https://scihub.se/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011>

Balluerka Lasa, N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M<sup>ª</sup>D., Gorostiaga Manterola, A., Espada Sánchez, JP., Padilla García, JL., Santed Germán, MA. (24 de abril de 2020) *Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. IKERTUZ. [https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias\\_psicologicasCOVID19.pdf](https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias_psicologicasCOVID19.pdf)

Callís Fernández, S., Guartón Ortiz, OM., Cruz Sánchez, V., María de Armas Ferrera, Ada. (2020). *Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19*. Primera Jornada Virtual de psiquiatría 2020. Infomed. <http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/view/4/42>

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (25 de febrero de 2021). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la covid-19. Estudio n°3312*. CIS.

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Encuesta-salud-mental-covid19-cis-avance-resultados.pdf>

Flórez, S., (27 de febrero de 2009). *Duelo* | *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Psiquiatría. V(25). pp77-85. Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.  
<https://recyt.fecyt.es/index.php/assn/article/view/5545>

Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., Pades, A y Benito, E. (29 de julio de 2015) *Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos*. *Medicina Paliativa*. Universidad de Valencia, España.  
<https://www.medicinapaliativa.es/Documentos/ArticulosNew/S1134248X15000476.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (INE). (2020). *Indicadores de Estructura de la Población*. Madrid: Instituto Nacional de estadística. INE <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488#!tabs-tabla>

Lafebre Encalada, LE. (15 de diciembre de 2014). *Eficacia del ritual de despedida en la disminución de la depresión en pacientes con duelo no superado*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad central del Ecuador, Quito, Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7525/1/T-UCE-0007-261c.pdf>

Lena Alonso, T. (30 de octubre de 2020). *Acompañamiento emocional en adultos mayores: una barrera para la Covid19*. I Jornada Virtual de Psiquiatría 2020. Infomed.  
<http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/view/11/46>

López Congostrina, Laura. (16 de julio de 2013). *Capacidad de afrontamiento a la muerte de los profesionales del área básica de salud de Gavà 2*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad Internacional de la Rioja, España].

[https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1920/2013\\_07\\_19\\_TFM\\_ESTUDIO\\_DEL\\_TRABAJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1920/2013_07_19_TFM_ESTUDIO_DEL_TRABAJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Lynch Gloria y Oddone MJ. (Enero de 2017). *La percepción de la muerte en el curso de la vida*. Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales*. 30, (nº40). <https://bit.ly/2SnICKj>

Morales Pérez, K. (2014). “*Actitud ante la muerte e intensidad de duelo en adultos mayores con pérdida del cónyuge adscritos a la unidad de medicina familiar número 64 del instituto mexicano del seguro social en el periodo comprendido de marzo-agosto del 2013*”. Facultad de medicina. [Tesis, Universidad autónoma de México]. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14505/411451.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez González, AS. (2014) *Fatiga por compasión, Escalas, Medidas y mecanismos de prevención*. [Memoria del Trabajo de Fin de Grado, Universidad de las Islas Baleares]. España. <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/866/Mart%C3%ADnez%20Gonz%C3%A1lez%20Alejandro%20Santiago.pdf?sequence=1>

Meda, R., Moreno Jiménez, B., Palomera, A., Arias, A., Vargas, R. (20 de marzo de 2012). *La evaluación del Estrés Traumático Secundario. Estudio comparado en Bomberos y Paramédicos de los Servicios de Emergencia de Guadalajara, México*. *Terapia psicológica*. Universidad de Guadalajara, México. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art03.pdf>

Moreno Santolaria, Sandra. (Julio de 2016). *Actitudes hacia la muerte y salud biopsicosocial en cuidadores profesionales de personas mayores dependientes*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Salamanca, España].

[https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/130232/TFG\\_MorSanS\\_Actitudes.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/130232/TFG_MorSanS_Actitudes.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Nieto Calmaestra, J.A y Capote Lama, A. (03 de mayo de 2020). “*Geografía del envejecimiento en España y Portugal.*” *Ería. Revista Cuatrimestral de Geografía*, 1(1), pp107-122. Universidad de Granada. <https://reunido.uniovi.es/index.php/RCG/article/view/13926/12848>

Pérez Díaz, J., y Abellán García, A. (2018). *Envejecimiento demográfico y vejez en España*. Panorama social. (nº28). Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC). [https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS\\_PS/028art02.pdf](https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/028art02.pdf)

Pinazo-Hernandis, S. (octubre de 2020). *Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos*. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. (5). pp-249-252. Universidad de Valencia, España. [https://prospectcv2030.com/wp-content/uploads/2020/08/COVID\\_Mayores.pdf](https://prospectcv2030.com/wp-content/uploads/2020/08/COVID_Mayores.pdf)

Porcel Gálvez, AM, Badanta B, Barrientos Trigo, S, Lima Serrano, M. (26 de mayo de 2020). “*Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria.*” [Elderly people, dependency and vulnerability in the coronavirus pandemic: an emergency for a social and health integration]. *Enfermería clínica*, 31, pp18–S23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229944/>

Recomendaciones y guías de acompañamiento frente a duelos por COVID-19. *Material preparado por la mesa social: salud mental y bienestar psicosocial*. (15 de mayo de 2020). <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2020/05/INFORME-COVID-19-última-versión.pdf>



Ortega, E. (02 de julio del 2020). *Covid-19: España suma más sanitarios infectados que Italia y Francia juntos*. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/covid-19-espana-suma-mas-sanitarios-infectados-que-italia-y-francia-juntos-4071>

Schmidt, Rio-Valle, J. (2007). *Validación de la versión española de la “Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte” y del “perfil revisado de actitudes hacia la muerte”*: Estudio comparativo y transcultural. *Puesta en marcha de un programa de intervención*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada. Granada. <https://hera.ugr.es/tesisugr/16729341.pdf>

Uribe-Rodríguez, AF., Valderrama, L., Durán Vallejo, DM., Galeano-Monroy, C., Gamboa, K. (abril de 2008) *Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores*. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v11n1/v11n1a12.pdf>

Uribe-Rodríguez, AF., Valderrama, Orbegozo, L., López, S. (05 de junio de 2007). *Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores*. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80130809.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO I

# ACTITUDES ANTE LA MUERTE DE LAS PERSONAS MAYORES TRAS LA APARICIÓN DE LA COVID-19.

¡Muchas gracias por vuestra colaboración!

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. El siguiente formulario tiene únicamente fines académicos y de investigación. Se respetará la TOTAL CONFIDENCIALIDAD de los datos aportados en el presente cuestionario. «En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de que los datos recogidos serán incluidos en uno o más ficheros gestionados por la UIB en el registro de actividad de tratamiento habilitado al efecto, cuya finalidad es la participación en el estudio evaluación de la percepción sobre los grupos de riesgo ante el Coronavirus. Los datos solicitados son necesarios para cumplir con la finalidad mencionada y, por lo tanto, el hecho de no obtenerlos impide conseguirla. La UIB es la responsable del tratamiento de los datos y, como tal, le garantiza los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad, limitación del tratamiento, y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas en cuanto a los datos facilitados y tratados. Para ejercer los derechos indicados se deberá dirigir por escrito a: Universidad de las Illes Balears, Secretaría General, a la atención de la delegada de protección de datos, ctra. de Valldemossa, km 7,5, 07122 Palma (Illes Balears) o en la dirección de correo electrónico [dpo@uib.es](mailto:dpo@uib.es), a la Sra. Saray Fernández ([saray97fdz@gmail.com](mailto:saray97fdz@gmail.com)) o a la Dra. María Valero ([maria.valero@uib.es](mailto:maria.valero@uib.es)). También dispone del derecho a reclamar ante la Autoridad de control a: <https://www.aepd.es>. Del mismo modo, la UIB se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos de conformidad con la finalidad por la cual fueron recogidos.» \* *Marca solo un óvalo.*

Sí, he leído y acepto las condiciones.

## PERFIL DEL/ LA PARTICIPANTE

Edad \*

Tu respuesta

Género \*

- Mujer
- Hombre
- No binario

¿Pertenece usted a un grupo de riesgo? \*

- Sí
- No

Tipo de convivencia \*

- Sólo/a
- Pareja
- Unidad familiar
- Familia extensa

Debido a su tipo de convivencia, ¿está expuesto a la posibilidad de contraer la COVID-19? \*

- Sí
- No

¿Cree usted haber pasado la COVID-19? \*

- Sí
- No
- No lo sé

¿Alguien de su círculo más próximo ha pasado la COVID-19? \*

- Sí
- No
- No lo sé

Alguien cercano a usted, ¿ha fallecido como consecuencia de la COVID-19? \*

- Sí
- No
- No lo sé

¿Se ha realizado alguna PCR con resultado POSITIVO en COVID-19? \*

- Sí
- No

¿Ha sentido miedo a contraer la COVID-19? \*

- Sí
- No

**(1-Escala de Bugen). Cuestionario de afrontamiento de la muerte.**

A continuación, se le presentan una serie de preguntas relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte.

Por favor, valore en una escala del 1 al 7 su nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Recuerde, ninguna de las opciones es correcta o incorrecta, son cuestiones meramente personales.

1= Totalmente en desacuerdo

4= Neutral

7= Totalmente de acuerdo

Se ruega que lea y marque la respuesta en todas las opciones.

¡Gracias por su colaboración!

1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4

- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

4. Estoy enterado/a de los servicios que ofrecen las funerarias. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

5. Estoy enterado/a de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

6. Estoy enterado/a de todas las emociones que caracterizan el duelo humano. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3

- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

8. Me siento preparado/ a para afrontar mi muerte. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

9. Me siento preparado/a para afrontar mi proceso de morir. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

11. Estoy familiarizado/a con los arreglos previos al funeral. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2

- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

17. Me importa más la calidad de mi vida que su duración. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

19. Sé con quién puedo contactar cuando se produce una muerte. \*

Totalmente en desacuerdo



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

23. Sé como hablar con los niños de la muerte. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

29. Me puedo comunicar con los moribundos. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos y yo muramos, cuánto los quiero. \*

Totalmente en desacuerdo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

- 6
- 7

Totalmente de acuerdo

## **(2-PRAM-R). Cuestionario de actitudes ante la muerte.**

Por último, se ruega que respondan a este cuestionario para posteriormente medir las diferentes actitudes hacia la muerte que pueden manifestarse tras la eclosión del coronavirus.

El procedimiento es el mismo que el anterior, valore su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. Si está indeciso con alguna de las preguntas puede indicarlo, sin embargo, intente usar la categoría de Indeciso lo menos posible.

¡Muchas gracias de antemano!

1. Creo que la muerte es sin duda una experiencia desagradable. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo.

2. La perspectiva de mi propia muerte me produce ansiedad. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo

- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

4. Creo que iré al cielo cuando muera. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

5. Creo que la muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

6. Considero que la muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

7. Me preocupa saber que tengo que llegar a la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

8. Creo que la muerte es la entrada a un lugar de completa satisfacción. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

9. Considero que la muerte proporciona un escape de este mundo terrible. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo

- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

11. Pienso que la muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

12. Intento pensar en otra cosa antes que en la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

14. Creo que la muerte es un aspecto natural de la vida. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

15. Pienso que la muerte es la unión con Dios y la gloria eterna. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

16. Creo que la muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

17. Siento que no le temo a la muerte ni le doy la bienvenida. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

18. Tengo un miedo intenso a la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

19. Evito totalmente pensar en la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

20. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo lo que conozco. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

23. Veo la muerte como un alivio al sufrimiento terrenal. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo

- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

24. Considero que la muerte es simplemente una parte del proceso de la vida. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

26. Evito hablar sobre el tema de la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

27. Creo que la muerte ofrece una maravillosa liberación del alma. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo.

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

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

30. Considero que la muerte no es buena ni mala. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo



- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

31. Espero la vida después de la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo.

32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

## ANEXO II

# ACTITUDES ANTE LA MUERTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD TRAS LA APARICIÓN DE LA COVID-19.

¡Muchas gracias por salvar tantas vidas, despedir a muchas otras y por participar en este estudio!

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. El siguiente formulario tiene únicamente fines académicos y de investigación. Se respetará la TOTAL CONFIDENCIALIDAD de los datos aportados en el presente cuestionario. «En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de que los datos recogidos serán incluidos en uno o más ficheros gestionados por la UIB en el registro de actividad de tratamiento habilitado al efecto, cuya finalidad es la participación en el estudio evaluación de la percepción sobre los grupos de riesgo ante el Coronavirus. Los datos solicitados son necesarios para cumplir con la finalidad mencionada y, por lo tanto, el hecho de no obtenerlos impide conseguirla. La UIB es la responsable del tratamiento de los datos y, como tal, le garantiza los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad, limitación del tratamiento, y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas en cuanto a los datos facilitados y tratados. Para ejercer los derechos indicados se deberá dirigir por escrito a: Universidad de las Illes Balears, Secretaría General, a la atención de la delegada de protección de datos, ctra. de Valldemossa, km

7,5, 07122 Palma (Illes Balears) o en la dirección de correo electrónico [dpo@uib.es](mailto:dpo@uib.es), a la Sra. Saray Fernández ([saray97fdz@gmail.com](mailto:saray97fdz@gmail.com)) o a la Dra. María Valero ([maria.valero@uib.es](mailto:maria.valero@uib.es)). También dispone del derecho a reclamar ante la Autoridad de control a: <https://www.aepd.es>. Del mismo modo, la UIB se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos de conformidad con la finalidad por la cual fueron recogidos.» \* Marca solo un óvalo.

Sí, he leído y acepto las condiciones.

## Perfil del/ la participante

### Edad \*

Tu respuesta

### Género \*

- Masculino
- Femenino
- No binario

### ¿Pertenece usted a un grupo de riesgo? \*

- Sí
- No

### Tipo de convivencia: \*

- Sólo/a
- Pareja
- Unidad familiar
- Familia extensa

### Profesión \*

Tu respuesta

### Puesto de trabajo actual \*

Tu respuesta

### Debido a su tipo de convivencia, ¿está expuesto a la posibilidad de contraer la COVID-19? \*

- Sí
- No

### Debido a su tipo de trabajo, ¿cree que se encuentra expuesto a la posibilidad de contraer la COVID-19? \*

- Sí
- No

### ¿Cree usted haber pasado la COVID-19? \*

- Sí
- No
- No lo sé

### ¿Alguien de su círculo más próximo ha pasado la COVID-19? \*

- Sí
- No
- Tal vez

### Alguien cercano a usted, ¿ha fallecido como consecuencia de la COVID-19? \*

- Sí

- No
- No lo sé

¿Se ha realizado alguna PCR con resultado POSITIVO en COVID-19? \*

- Sí
- No

¿Ha sentido miedo de contagiarse de COVID-19 en su entorno laboral? \*

- Sí
- No

¿Ha tenido contacto con pacientes positivos en COVID-19? \*

- Sí
- No

A continuación se le presentan una serie de preguntas relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte.

Lea cada pregunta con atención y responda según su propia experiencia su grado de acuerdo o desacuerdo de las siguientes posibilidades. Recuerde, ninguna de las opciones es correcta o incorrecta, son cuestiones meramente personales.

Si está indeciso con alguna de las preguntas puede indicarlo, sin embargo, intente usar la categoría de Indeciso lo menos posible.

Por favor, lea y marque la respuesta en todas las opciones.

¡Gracias por su colaboración!

## (1-PRAM-R). Cuestionario de actitudes ante la muerte.

1. . Creo que la muerte es sin duda una experiencia desagradable. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo.

2. La perspectiva de mi propia muerte me produce ansiedad. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo

- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

4. Creo que iré al cielo cuando muera. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

5. Creo que la muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

6. Considero que la muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

7. Me preocupa saber que tengo que llegar a la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

8. Creo que la muerte es la entrada a un lugar de completa satisfacción. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

9. Considero que la muerte proporciona un escape de este mundo terrible. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

11. Pienso que la muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

12. Intento pensar en otra cosa antes que en la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

14. Creo que la muerte es un aspecto natural de la vida. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

15. Pienso que la muerte es la unión con Dios y la gloria eterna. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

16. Creo que la muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso

- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

17. Siento que no le temo a la muerte ni le doy la bienvenida. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

18. Tengo un miedo intenso a la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

19. Evito totalmente pensar en la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

20. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo.

21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo lo que conozco. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

23. Veo la muerte como un alivio al sufrimiento terrenal. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo

- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

24. Considero que la muerte es simplemente una parte del proceso de la vida. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

26. Evito hablar sobre el tema de la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

27. Creo que la muerte ofrece una maravillosa liberación del alma. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo.

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

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

30. Considero que la muerte no es buena ni mala. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

31. Espero la vida después de la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo.

32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte. \*

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Indeciso
- Algo en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

## (2- ProQOL-vIV). Cuestionario de Fatiga, Compasión y Satisfacción.

Por último, en este cuestionario se le van a realizar preguntas acerca de su experiencia como profesional de la Salud tras el paso de la COVID-19.

El procedimiento es el mismo que el anterior. Se ruega que se responda a todas las preguntas.

¡Muchas gracias por su colaboración!

1. Soy feliz. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

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

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

3. Estoy satisfecho/a de poder ayudar a la gente. \*

- Nunca
- Raramente



- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

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

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

5. Me sobresaltan los sonidos inesperados. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

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

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

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

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

9. Creo que he sido afectado/a negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

10. Me siento "atrapado/a" por mi trabajo. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre

- Siempre
11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas. \*
- Nunca
  - Raramente
  - Algunas veces
  - Con alguna frecuencia
  - Casi siempre
  - Siempre
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente. \*
- Nunca
  - Raramente
  - Algunas veces
  - Con alguna frecuencia
  - Casi siempre
  - Siempre
13. Me siento deprimido/a como resultado de mi trabajo. \*
- Nunca
  - Raramente
  - Algunas veces
  - Con alguna frecuencia
  - Casi siempre
  - Siempre
14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado. \*
- Nunca
  - Raramente
  - Algunas veces
  - Con alguna frecuencia
  - Casi siempre
  - Siempre
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional. \*
- Nunca
  - Raramente
  - Algunas veces
  - Con alguna frecuencia
  - Casi siempre
  - Siempre
16. Estoy satisfecho/a por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica. \*
- Nunca
  - Raramente
  - Algunas veces
  - Con alguna frecuencia
  - Casi siempre
  - Siempre
17. Soy la persona que siempre he querido ser. \*
- Nunca
  - Raramente
  - Algunas veces
  - Con alguna frecuencia
  - Casi siempre
  - Siempre
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho/a. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

19. Por causa de mi trabajo me siento agotado. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

21. Me siento abrumado/a por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos o indeseados. \*

- Nunca

- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

26. Me siento "estancado/a" (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

27. Considero que soy un buen profesional. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionados con víctimas que han tenido una experiencia muy traumática. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

29. Soy una persona demasiado sensible. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo. \*

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Con alguna frecuencia
- Casi siempre
- Siempre