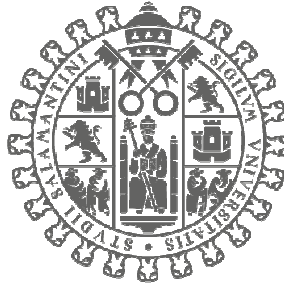


UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Grado en Psicología



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

TRABAJO FIN DE GRADO

**ACTITUDES HACIA LA MUERTE Y SALUD
BIOPSICOSOCIAL EN CUIDADORES
PROFESIONALES DE PERSONAS MAYORES
DEPENDIENTES**

Sandra Moreno Santolaria

Tutora:

Prof.^a Dra. Noelia Flores Robaina

Julio de 2016

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “*Actitudes hacia la muerte y salud biopsicosocial en cuidadores profesionales de personas mayores dependientes*” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2015-2016 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO	1
1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	1
1.2.1. Conceptualización sobre la muerte y el proceso de morir	1
1.2.2. Las personas mayores dependientes y los cuidadores/as profesionales	4
1.2.3. Actitudes y creencias hacia la muerte en el colectivo de cuidadores/as profesionales.....	6
1.2.4. Consecuencias de la atención a personas mayores moribundas.....	10
1.2.5. Salud bio-psico-social y calidad de vida.....	13
1.2.6. Factores que actúan como protectores	14
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos.....	16
II. METODOLOGÍA	17
2.1. PARTICIPANTES	17
2.2. MATERIALES	18
2.3. PROCEDIMIENTO.....	19
2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	20
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	20
IV. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.....	27
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
V.I. ANEXOS.....	34
ANEXO 1: Nivel de estudios de la muestra de cuidadores/as profesionales	34
ANEXO 2: Preparación emocional y asistencial/técnica.....	35
ANEXO 3: Puntaciones medias Escala de Ansiedad ante la muerte DAS.....	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Grupos de población atendidos.....	17
Tabla 2.	Contacto con usuarios/as moribundos.....	21
Tabla 3.	Puntuaciones medias estresores laborales.....	22
Tabla 4.	Niveles de burnout en la muestra de cuidadores/as profesionales.....	23
Tabla 5.	Calidad de vida y calidad de vida laboral percibidas.....	23
Tabla 6.	Resultados Escala Bugen de Afrontamiento de la muerte.....	24
Tabla 7.	Resultados Cuestionario de Actitudes hacia la muerte CAM-2.....	24
Tabla 8.	Resultados Cuestionario de Engagement UWES-9.....	25
Tabla 9.	Resultados salud bio-psico-social GHQ-28.....	25
Tabla 10.	Correlaciones entre el burnout y otras variables (actitudes, ansiedad ante la muerte, afrontamiento, salud bio-psico-social y engagement)....	26

RESUMEN

La muerte es considerada en nuestra sociedad como un tema tabú, y es vivida a menudo con ansiedad y miedo. Los cuidadores/as profesionales son un colectivo que trabaja con personas dependientes, enfrentándose habitualmente a situaciones de deterioro y muerte, así como a tareas de gran exigencia física y emocional. Por ello, es importante conocer cuáles son sus actitudes y miedos hacia este fenómeno natural de la vida, ya que estos pueden condicionar el desempeño en su trabajo, así como evaluar cómo afecta su actividad laboral a su calidad de vida y salud bio-psico-social.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la salud bio-psico-social, la calidad de vida laboral (burnout y engagement), además de las actitudes y creencias hacia la muerte en cuidadores/as profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio y residencias geriátricas de Salamanca. Para ello se evaluó a una muestra de 67 cuidadores/as formales de personas dependientes utilizando diferentes cuestionarios de autoinforme sobre el burnout, la ansiedad, miedo y afrontamiento hacia la muerte, el engagement laboral y la salud bio-psico-social.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de relaciones significativas entre las dimensiones nucleares del burnout (agotamiento y cinismo) y las actitudes, afrontamiento y ansiedad ante la muerte. Además, experimentar estrés laboral de tipo crónico también afecta a la salud general de dichos profesionales.

Palabras clave: cuidadores profesionales, ansiedad ante la muerte, afrontamiento, burnout, engagement, salud biopsicosocial.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

Existen pocos trabajos de investigación que hayan estudiado las repercusiones e implicaciones de la atención a personas mayores dependientes y enfermos moribundos en el colectivo de los cuidadores/as profesionales. Menos aún, los que hayan dado cuenta de las actitudes, creencias y miedos que éstos presentan hacia la muerte. Los dos colectivos objeto de mayor investigación al respecto han sido los cuidadores/as familiares y los profesionales sanitarios de enfermería que trabajan en cuidados paliativos y unidades de críticos.

Es un tema, por lo tanto, poco tratado pero muy necesitado de estudios, debido especialmente al incremento de este tipo de profesionales a raíz de la promulgación de la Ley de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia del año 2006. Conocer, por tanto, cómo se enfrentan los cuidadores/as formales que atienden a personas mayores dependientes en sus domicilios o en entornos residenciales a las situaciones de deterioro y muerte de sus usuarios/as, y cómo repercute esto en sus niveles de estrés y en su salud física y psicológica, es uno de los principales objetivos que nos hemos planteado en este Trabajo Fin de Grado. Esperamos con ello contribuir un poco más al conocimiento de estos factores para poder diseñar programas de prevención y mejora de la salud en este colectivo.

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.2.1. Conceptualización sobre la muerte y el proceso de morir

La *muerte* es una parte del proceso natural de la vida, el final del ciclo vital. A pesar del aumento de la esperanza de vida, sigue siendo una realidad inevitable que no siempre es aceptada en su totalidad. La muerte lleva asociada la finitud de la existencia, presentándose a la vida como una amenaza y constituyendo, por sus propias características, una de las fuentes de impacto emocional más significativas en el ser humano (Grau y Chacón, 2002; Limonero, 1994; Pascual, 2011a). La incertidumbre del no saber dónde, cuándo y cómo se va a morir, genera un sinnúmero de sensaciones (Uribe, Valderrama y López, 2007), manteniendo cada persona diferentes actitudes y creencias. No obstante, la muerte y su proceso son experimentados por la mayoría con temor, ansiedad y preocupación (Beltrán, 2014; Gala et al., 2002).

Los seres humanos poseemos conciencia de la muerte y pensamos en ella. A través de factores socioculturales y contextuales aprendemos y reforzamos las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos que hacia ella tenemos, principalmente aversivos y evitativos (Grau et al., 2008; Limonero, 1994). Somos, por lo tanto, presos de nuestro propio entorno cultural, si bien las actitudes manifestadas pueden ser transitorias. Como señala Colell (2005): “el concepto de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, ya que varía a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales” (p.42). En consonancia, Grau et al. (2008) indican que “la muerte no es un fenómeno instantáneo, es un verdadero proceso biológico, psicosocial y cultural” (p.3).

En la sociedad actual, la muerte se ha convertido en un tema tabú. Si bien las actitudes, sistemas de creencias y formas de abordar el tema, han ido variando a través de los años, las generaciones y las diferentes sociedades y culturas, se podría decir que ha habido una evolución desadaptativa: de las actitudes saludables de aceptación y afrontamiento que predominaban antiguamente, a una auténtica negación y rechazo social (Gala et al., 2002). La falsa sensación de inmortalidad y el culto a la eterna juventud a pesar del envejecimiento poblacional, la idea de una vida obligatoriamente feliz, las medidas milagrosas, alimentos y cremas que combaten los signos del envejecimiento... podemos ver que la idea de la muerte más extendida socialmente es la de la ancianidad, considerándose normal el fallecimiento en las edades más avanzadas, (Sevilla-Casado y Ferré-Grau, 2013), y se busca alejarla lo máximo posible, potenciando así las actitudes negativas hacia las personas mayores.

En su estudio, Gala et al. (2002) señalan diversos motivos de este "cambio actitudinal" y del concepto de la muerte, como son una menor tolerancia a la frustración, potenciado por la idea del estado de bienestar, donde hay que evitar a toda costa todo sufrimiento; el aumento de la esperanza de vida; las ideas que nos transmiten los medios de comunicación; una menor mortalidad aparente, al no ocurrir ya en las sociedades avanzadas grandes epidemias o hambrunas; menos trascendentalidad y espiritualidad, predominando una crisis de valores y la búsqueda del hedonismo; y por último, una menor preparación o educación para la muerte. Respecto a esto último, Eserverri (2002) afirma que “a la sociedad moderna y postmoderna no se le ha enseñado a vivir ni a reflexionar sobre la muerte” (p.35).

Así, nos resulta cada vez más difícil aceptar y convivir con la muerte, por lo que se tiende a evitarla (aunque en los medios de comunicación continuamente nos muestran

imágenes de sufrimiento y dolor), echarla de nuestros pensamientos cotidianos, y ocultarla tras eufemismos, dándose una tendencia creciente a su institucionalización y medicalización (Colell, 2005). La muerte, por tanto, ya no es admitida como un fenómeno natural, sino como un fracaso, sobre todo para el sistema sanitario (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Incluso se considera la “buena muerte” a aquella que es repentina y silenciosa, sin sufrimiento, que llega sin que nadie lo note y mejor cuando se está durmiendo (Gala et al., 2002).

En palabras de Grau et al. (2008): “El hombre moderno ha ido perdiendo su derecho a ser el protagonista del acto de morir, que se convierte en un proceso cada vez más “técnico”, en algo que hay que olvidar rápidamente” (p.32); o como indican Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003): “la institucionalización del proceso del morir se convierte en cómplice de la ocultación de la muerte y a su mantenimiento como tabú” (p.272). Cuando se habla de la muerte, por tanto, surgen dos variables importantes: una es la relacionada con los miedos que ésta suscita y otra son las actitudes que se asumen ante la misma (Uribe et al., 2007).

Según Limonero (1977), 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), que pueden ser estímulos ambientales situacionales o disposicionales. Tomás-Sábado (2002) define la ansiedad ante la muerte como “un sentimiento subjetivo negativo que implica la presencia de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido e inseguridad, centrados en la idea de la muerte como proceso o como estado” (p.43). En cambio, el *miedo a la muerte* sería la respuesta consciente que se tiene ante ésta y todo el proceso que a ella conduce: el temor a la agonía lenta, el dolor y el sufrimiento, la pérdida de las facultades y los seres queridos, lo desconocido del más allá de la muerte, el bienestar de los seres queridos que nos sobreviven, etc. (Limonero, 1994; Maza, Zavala y Merino, 2008; Uribe et al., 2007).

Autores como Sevilla-Casado y Ferré-Grau (2013) consideran dos determinantes generales del grado de ansiedad ante la muerte: la salud psicológica general y las experiencias vitales sobre el morir.

En nuestro trabajo analizaremos estas variables en los profesionales que se enfrentan al cuidado de personas mayores en situación de dependencia, por considerar que en muchos momentos dichos profesionales tienen contacto con la muerte a través de sus propios usuarios o usuarias.

A continuación abordaremos brevemente el fenómeno de la dependencia y la importancia de la figura del cuidador/a profesional por ser las piezas claves de nuestro Trabajo Fin de Grado.

1.2.2. Las personas mayores dependientes y los cuidadores/as profesionales

En la actualidad estamos viviendo un gran envejecimiento poblacional y un gran cambio sociodemográfico, debidos al aumento de la esperanza de vida y de los índices de natalidad, los avances en salud, innovaciones tecnológicas y recursos farmacéuticos (Colell, 2005). Así, y según las predicciones del Instituto Nacional de Estadística (2015), actualmente el porcentaje de población mayor de 65 años es de 18,2%, y se estima que en 2029 pasará a ser el 24,9%, y el 38,7% en 2064. Este sobre-envejecimiento de la población está unido al aumento de las personas mayores dependientes (IMSERSO, 2015), ya que a pesar de que gran parte de este colectivo vive con buenos niveles de autonomía y salud, en los grupos de edad superiores la incidencia de limitaciones de la capacidad funcional y enfermedades crónicas aumenta. Por lo tanto, edad y dependencia o necesidad de ayuda, cuidados y atención, están muy relacionados (IMSERSO, 2015; Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006; Yanguas, Leturia y Leturia, 2000).

A lo anterior hay que añadirle los cambios en las formas de organización familiar unido a la integración de la mujer (cuidadora principal mayoritaria) en el ámbito laboral; que han situado a la dependencia en el “punto de mira de las políticas sociales” (IMSERSO, 2015, p.26) por las necesidades de asistencia desde los sistemas formal e informal (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006; Losada et al., 2006). Debido a esta necesidad de adoptar medidas sociopolíticas y sanitarias (Domínguez, 2011) surge en el año 2006 la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAAD). Según ésta la Dependencia es definida como *“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”* (p. 44144).

A raíz de la Ley de Dependencia (2006), se instaura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) a nivel nacional en el ámbito de los Servicios

Sociales, estandarizándose la protección ante la dependencia que presta cada comunidad autónoma (Cruz Roja, 2010; IMSERSO, 2005). El SAAD incluye un catálogo de servicios y prestaciones, al cual la persona puede acceder a través del Plan Individualizado de Atención tras determinarse sus necesidades específicas con la valoración del grado de intensidad de su situación de dependencia y sus circunstancias sanitarias, sociales y económicas (Cruz Roja, 2010). En nuestro trabajo, centraremos nuestra atención en el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y en la atención residencial, por ser ambas las prestaciones utilizadas en mayor medida por el colectivo de personas mayores, y en las cuales trabajarán profesionales que puedan estar en contacto con los procesos de deterioro y mortandad de dichos usuarios/as.

Así, el *Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)* se caracteriza porque la atención a la persona dependiente se realiza en su propio entorno vital, en su hogar, con objeto de aumentar así su autonomía. Los profesionales que trabajan en este servicio (auxiliares de ayuda a domicilio) se encargan tanto de los cuidados personales a la persona dependiente y el apoyo para la realización de las actividades de la vida, como de la atención de las áreas del mantenimiento del hogar y las necesidades domésticas (Ley de Dependencia, 2006; Rodríguez, 2014; Rodríguez y Valdivieso, 2003).

Por su parte, la *Atención Residencial* es un servicio que busca, desde un enfoque bio-psico-social, servicios carácter personal y sanitario permanentes (cuando el centro residencial se convierte en la residencia habitual de la persona) o temporales (cuando se le atiende por enfermedad, vacaciones, fines de semana o periodos de descanso de los cuidadores/as informales) (Ley de Dependencia, 2006).

En cada uno de esos servicios la figura del cuidador/a profesional será un elemento clave, tal y como veremos a continuación.

Los cuidadores/as formales profesionales

Se define al cuidador/a como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus relaciones sociales” (Aparicio et al., 2007, p.7, citado de Flóres, Adeva, García y Gómez, 1997). Por tanto, dentro del sistema de cuidados es posible distinguir por un lado, los cuidados no profesionales o informales y, por otro lado, los cuidados profesionales o formales. Dado el interés de nuestro trabajo en este último tipo de cuidados, nos centraremos específicamente en ellos.

Así, los *cuidados profesionales o formales* son aquellos “prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro” (Ley de Dependencia, 2006, p. 44144); es decir, se trata del apoyo provisto por agentes públicos o privados que ofrecen servicios de asistencia de forma remunerada o siendo subsidiados.

Estos cuidadores/as tienen una preparación que les habilita para desempeñar tareas de asistencia especializada, en contraposición a la atención generalista que proporciona el cuidador/a informal, y establecen relaciones con los usuarios/as sin la implicación emocional característica de estos cuidadores/as (Herrera-Gómez, 1998). Así mismo, garantizan una atención de calidad y su papel en el cuidado de la persona dependiente es clave, ya que son los que proveen de una atención más extensa después de la familia (siendo incluso en ocasiones los únicos cuidadores/as), y median entre los recursos con los que pueden contar y la persona dependiente a la que atienden (Aparicio et al., 2008; González y Domínguez, 2000).

En el ámbito que nos ocupa, cabe distinguir entre dos tipos de cuidadores/as formales: los que poseen una formación teórico-práctica y/o titulación oficial y regulada (p.e. enfermería, terapia ocupacional, etc.) y aquéllos otros sin dicha formación y/o titulación, o con una más corta y limitada (como los auxiliares del SAD y de residencias) (Aparicio et al., 2007). Tampoco podemos olvidarnos del amplio colectivo de personas contratadas (habitualmente inmigrantes) por las familias de forma irregular o bajo fórmulas de economía sumergida, que también cuidan a la persona dependiente y/o de su hogar.

1.2.3. Actitudes y creencias hacia la muerte en el colectivo de cuidadores/as profesionales

Existen diferentes estereotipos, falsas concepciones y creencias negativas sobre el envejecimiento, que fomentan el rechazo y una imagen negativa sobre el mismo entre los profesionales, potenciada por el distanciamiento social (Pérez y Velasco, 2011). Concretamente, Domínguez (2011), en su estudio con auxiliares del SAD y de residencias públicas, encontró mitos sobre la edad biológica (“todos son iguales”), la mala salud, la senilidad, el declive sexual, el aislamiento social y la personalidad extremada. Esto se podría deber a la generalización de las características de la población a la que se atiende, concibiéndose la vejez como patológica y necesitada (Domínguez,

2011). Por su parte, Fernández-Ballesteros (2000) señala que los cuidadores/as formales pueden tener unos conceptos negativos a priori sobre la vejez que podrían manifestarse en las formas de cuidado.

En relación con el concepto de actitudes y de acuerdo con Merino (citado por Maza et al., 2008) cabe definir este concepto como *"el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección"* (p.41).

En este sentido y de acuerdo a lo que hemos indicado previamente, a pesar de ser una experiencia universal cada persona concibe, se enfrenta y vive la muerte de forma individual, en función de su historia personal y cultural.

Si centramos ahora nuestra atención en las actitudes hacia la muerte que manifiestan los profesionales que cuidan de personas mayores dependientes, encontramos que apenas se han realizado estudios sobre este tema en los cuidadores/as formales de residencias ni en auxiliares de ayuda a domicilio (SAD). La mayor parte de estudios realizados sobre el tema se han centrado en profesionales sanitarios y del ámbito de la enfermería y/o medicina (Colell, 2005; Grau et al., 2008; Pascual, 2011b; Sevilla-Casado y Ferré-Grau, 2013; Tomás-Sábado, 2002; Tomás-Sábado y Guix, 2001).

Desde este punto de vista encontramos que todas las personas se enfrentan a lo largo de su vida a diferentes pérdidas, y conviven en mayor o menor medida con el pensamiento de la muerte, pero pueden defenderse de la ansiedad que ésta les crea posponiendo el planteamiento del problema (Yagüe y García, 1994). No obstante, muchos profesionales sanitarios y socio-sanitarios están continuamente enfrentados a su realidad, al trabajar en contacto continuo con situaciones de deterioro y muerte (Pascual, 2011b; Sevilla-Casado y Ferré-Grau, 2013). Esta confrontación puede resultar dolorosa y difícil, ya que aceptar la muerte como algo en ocasiones totalmente inevitable contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida (Yagüe y García, 1994). Por ello, los profesionales sanitarios, principalmente los médicos, tienden a concebir la muerte como un fracaso (Grau et al., 2008; Maza et al., 2008).

Además, la confrontación con el fallecimiento de las personas con las que se trabaja puede generar angustia ante la propia muerte en los profesionales,

enfrentándoles a sus propios miedos y provocando el surgimiento de prejuicios, creencias, actitudes, ansiedades y temores (Figueredo, 2014; Grau et al., 2008; Neimeyer, DePaola, Lupfer y Fiedler, 1997), aunque hay que tener en cuenta que no todas las muertes se contemplan de la misma forma. Por ejemplo, Pascual (2011b) afirma que depende de la edad del paciente, su enfermedad y la relación que se tuviera con la familia de éste. Por otro lado, y tal y como señala Colell (2005), para los profesionales de Enfermería “la muerte del paciente le hace tomar conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de la vida” (p. 30). Así, el contacto con el proceso de la muerte de otras personas activa la conciencia de la propia mortalidad.

En este sentido, y al igual que sucede con las creencias negativas hacia la vejez, estas actitudes y sentimientos hacia la muerte pueden condicionar el desempeño de la actividad profesional, y dificultar una adecuada atención por parte de aquellas personas que se enfrentan directa y frecuentemente con el sufrimiento y la muerte de los demás, al igual que el de los profesionales que cuidan de personas al final de sus vidas (Tomás-Sábado y Guix, 2001; Uribe et al., 2007). Al intentar escapar de la angustia, la ansiedad, la inseguridad y las actitudes de rechazo que les provoca enfrentarse al proceso de deterioro y muerte, evitarían toda implicación más allá de lo mecánico y la atención tecnológica, centrándose en la parte más técnica del cuidado y mostrando incongruencias en su comunicación verbal y no verbal (Colell, Limonero y Otero, 2003; Colell, 2005; De los Reyes, 2001; Gala et al., 2002; Grau et al., 2008; Limonero, 1994; Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003; Tomás-Sábado y Guix, 2001; Yagüe y García, 1994), olvidando que, en un momento determinado, lo que más puede necesitar la persona es comprensión y apoyo (Rodríguez y Valdivieso, 2003). Además, esta ansiedad se podría proyectar no sólo en la actividad laboral del profesional, sino también en su vida diaria. Tales actitudes “distorsionadas” de rechazo provocarían en el trabajador/a la evitación de temas relacionados con la muerte o enfermedades que conllevan un diagnóstico fatal (situaciones, diálogos y lugares relacionados), la no aceptación de situaciones terminales, y diversas alteraciones en la relación empático-afectiva con la persona enferma (Pérez y Velasco, 2011; Uribe et al. 2007). En consonancia, Figueredo (2014) encontró que los cuidadores/as profesionales en residencias trataban de no involucrarse en el sufrimiento de los usuarios/as para preservar su integridad emocional, presentando formas de escape derivadas en miedo, decepción, impotencia, evitación y no aceptación de la muerte.

Por otro lado, en un estudio realizado por Notivol et al. (1993) citado por Pascual (2011a), se concluyó que para algunos profesionales la sensación de impotencia disminuía con la experiencia, llegando en algunos casos a ser causa de desequilibrio emocional y endurecimiento. En consonancia, en otro estudio de Magela et al. (2009), citado por Beltrán (2014), se encontró que aquellos profesionales de enfermería que tenían experiencia enfrentándose a la muerte a diario, tenían una mayor aceptación de este suceso y afirmaban experimentar con menor frecuencia el sufrimiento. Pese a ello, cabe destacar que los estudios sobre los niveles de ansiedad ante la muerte en personal de enfermería presentan diferentes resultados y en ocasiones dispares.

Tomás-Sábado (2002) cita un estudio de Eakes (1985), donde se encontró que las enfermeras de residencias de ancianos presentaban una mayor ansiedad ante la muerte y actitudes más negativas hacia la vejez. Por su parte, Colell (2005) encontró que existía un mayor miedo a la propia muerte y la de un ser querido que al proceso de morir en sí entre el personal de enfermería. Otros autores como Sevilla-Casado y Ferré-Grau (2013) obtuvieron resultados similares: la pérdida de personas queridas y el dolor asociado al proceso de morir, eran las situaciones más ansiógenas. Además, Pascual (2011a) encontró que los aspectos de su trabajo que generaban una mayor ansiedad era la visión de un cadáver y los pensamientos sobre lo que hay después de la muerte. Por su parte, Tomás-Sábado (2002) encontró que las profesionales de enfermería que atendían a enfermos terminales en cuidados paliativos y atención domiciliaria eran las que presentan una menor ansiedad ante la muerte con respecto a los profesionales de otros servicios, tal vez por una habituación o insensibilización a la misma y su impacto. Otros como Neimeyer et al. (1997) hallaron resultados similares en profesionales que atendían a enfermos geriátricos, y Colell (2005) aporta como otras posibles explicaciones el hecho de que para mantener su empleo, los profesionales deben aceptar la muerte como parte de él. Por otro lado, Astencio, Allende y Verastegui (2014), citando a Mok, Lee y Wong (2002), señalan que para que los niveles de ansiedad provocados por el fallecimiento de sus pacientes disminuyeran, los mismos profesionales consideraban necesario pensar en la muerte como una posibilidad real independientemente de la edad, y asumirla como un proceso natural de la vida. Esto les ayudaba a comprender el suceso y su significado, así como a asumir sus propias emociones. Los profesionales consideraban que su trabajo les había generado una mayor responsabilidad y atención hacia la vida, ayudándoles a crecer como personas y aceptar su propia muerte a pesar de la ansiedad que les provocaba esa posibilidad. No obstante,

Tomás-Sábado (2002) no encontró dicha ansiedad en los profesionales de enfermería de distintos ámbitos de forma significativamente distinta a la del resto de población, resultados que coinciden con los de otros autores (Limonero, 1994).

Por tanto, podemos ver cómo las actitudes, creencias, sentimientos y emociones que presente cada cuidador/a profesional a la hora de enfrentarse a situaciones críticas en los cuidados a personas mayores moribundas, ya trabajen en el propio domicilio o en una residencia, van a modular la forma en que éstas afectan a su salud y bienestar. Por ello, consideramos esencial conocer cómo vive cada cuidador/a su trabajo.

1.2.4. Consecuencias de la atención a personas mayores moribundas

En la literatura sobre el cuidado, existe consenso respecto a la consideración de que el hecho de cuidar de una persona anciana dependiente tiene un impacto sobre el bienestar laboral y personal, la salud (física y psicológica) y la calidad de vida (Blanco et al., 2007; Losada et al., 2006; Sánchez, 2012; Úbeda y Roca, 2008).

En relación con los factores estresantes más estudiados en los cuidadores/as formales, se suele coincidir en señalar la *carga de trabajo* como uno de los más importantes (Torres, 2010). Aquí se incluirían factores de carácter organizacional, las demandas y tareas que se solicitan, como por ejemplo, ayudar a la persona a levantarse, asearle o acostarle (actividades de la vida diaria), la gravedad de la sintomatología; o aquellas situaciones derivadas de la relación entre el profesional y la persona cuidada, como hacer frente a sus problemas emocionales y de conducta (lo cual provoca más consecuencias negativas y distrés que los propios requerimientos continuos de la persona dependiente) (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlach, 1995; Aparicio et al., 2007; Carretero et al., 2006; Chacón y Grau, 1997; González y Domínguez, 2000; Moreno, 2007; Yanguas et al., 2000). También habría que señalar que algunos autores (Chacón y Grau, 1997; Crespo, López y Zarit, 2005; Yanguas et al., 2000) defienden que el tipo de enfermedad o limitación padecida por la persona, puede no ser tan importante a la hora de percibir el cuidado como una carga como otros factores relacionados con la evaluación y valoración que el cuidador/a hace de la situación y sus recursos para manejar los problemas relacionados con el cuidado, junto con las variables contextuales (características sociodemográficas, contexto laboral, estado de salud o su red y sistemas sociales de apoyo) (Losada et al., 2006; Peinado y Garcés, 1998; Yanguas et al., 2010).

La carga, por lo tanto, puede ser percibida por cada persona de forma diferente, teniendo además en cuenta de las diferencias que existen según la categoría profesional (el personal de enfermería tiene una mayor responsabilidad sanitaria y atiende a todos los usuarios/as de la residencia, por ejemplo). Torres (2010) cita a Buendía (2005) y sus *fuentes de estrés laboral* que suelen tener relevancia para los cuidadores/as formales, que pueden ser del ámbito: 1) Organizacional; 2) Grupal; 3) Individual; 4) Físico (temperatura, ruido); 5) Uso de las nuevas tecnologías.

En el ámbito *organizacional* nos encontramos que la propia estructura de la organización puede también ser responsable de la escasa integración del profesional en la dinámica de trabajo y actuar como un factor estresante (Aparicio et al., 2007; Durante y Hernando, 1989; Ortega y López, 2004). Esta estructura se va a relacionar con el clima laboral, habiéndose comprobado que cuanto más favorable sea, menor estrés presentará el profesional (Boada, De Diego y Agulló, 2004). Por su parte, González y Domínguez (2000) afirman que los profesionales base (auxiliares o gerocultores) se enfrentan en su trabajo a estresores como una menor información, actividades menos gratificantes, menor valoración de su trabajo, varios supervisores, escasa participación en las decisiones por una coordinación excesivamente vertical, ausencia de objetivos propios, bajo nivel de formación especializada e imposibilidad de promoción en la institución. Esta presión asistencial también es respaldada por Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2013). Tales factores repercuten también en la satisfacción laboral del profesional, que como afirma Iriarte (2012), está unida a la eficiencia y la calidad de los cuidados. Por último, en el ámbito organizacional habría que destacar una queja frecuente entre los profesionales: el gran volumen de trabajo y la escasez de recursos humanos y materiales, que les impiden dedicar todo el tiempo que quisieran a cada persona a la que atienden (Aparicio et al., 2007; Durante y Hernando, 1989; González y Domínguez, 2000; Instituto de la Mujer, 2008; Torres, 2010).

Respecto al ámbito *grupal*, nos encontramos con relaciones interpersonales negativas, falta de participación, colaboración y cohesión, y escaso trabajo en equipo. Moreno (2007) señala la falta de comunicación entre el equipo de trabajo, el excesivo control del personal, y la falta de sintonía o acuerdo; y Aparicio et al. (2007) añaden otros estresores como los diferentes ritmos de trabajo, el sentido del orden, las distintas escalas de valores y los conflictos con compañeros por el abandono de funciones.

Como estresores de los profesionales en el ámbito individual, nos encontramos con la valoración de un trabajo limitado y monótono, la escasa formación en habilidades de

control de las propias emociones, las de los usuarios/as y las de los familiares, la falta de educación tanatológica y las dificultades de comunicación (Aparicio et al., 2007; Arranz et al., 2013; Ortega y López, 2004). Por su parte, Manzano y Ramos (2001) observaron que la sobrecarga de trabajo y la ambigüedad de rol arrastraban a los cuidadores/as formales de enfermería hacia una baja realización personal y cansancio emocional (en función de sus expectativas de éxito previas), aunque su sentimiento de autoeficacia siguiera siendo bueno. A la larga, aumentaba la irritabilidad y la fatiga y disminuía la autoimagen, apareciendo sentimientos de despersonalización. Así, los cuidadores/as con alto cansancio emocional se sentían menos eficaces, percibían los acontecimientos como incontrolables y no esperaban conseguir lo que deseaban (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006; citado de Menezes de Lucena, 2000). Otros como Ortega y López (2004), ponen de relieve la excesiva estimulación aversiva a la que están expuestos los cuidadores/as formales al enfrentarse a menudo al sufrimiento y a la muerte, así como el dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados. Al respecto, diversos estudios han encontrado que el contacto con la muerte es el elemento más estresante más habitualmente señalado (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003, citado de Lees y Ellis, 1990; Torres, 2010; citado de Flórez, Adeva, Valdés, Maujo y Martínez, 1999). Otros autores como González y Domínguez (2000) también destacan la relación directa con las carencias, vulnerabilidad y situación de fragilidad de la persona dependiente.

Por otro lado, en cuanto a las variables *sociodemográficas*, el estudio de la edad en relación con el estrés laboral no está clara, ya que en diversos estudios se han obtenido datos contradictorios y en muchas ocasiones no significativos estadísticamente. Lo mismo sucede respecto a los años de experiencia en el puesto de trabajo. Por un lado, se ha comprobado que cuantos más años de experiencia mayor vulnerabilidad al estrés y mayor falta de realización personal (Vidal, 2014; citado de Atance, 1997; Apiquian, 2007). Fornés, Ponsell y Guasp (2001), citados por Torres (2010), observaron que los profesionales manifestaban más respuestas de estrés al inicio de la profesión (por inseguridad, inexperiencia, pocas habilidades o deseo de superación) (Pascual, 2011b) o alrededor de 15 años de servicio (por sensibilización, rutina, cansancio, desmotivación o frustración), aunque se vio que hacia los tres años ya aparecían sentimientos de descontento y disminución de interés. Otros estudios, sin embargo, muestran que los años de experiencia en los profesionales de enfermería no se relacionan con el nivel de ansiedad (Tomás-Sábado, 2002). Este autor si encontró una

disminución significativa de la ansiedad ante la muerte en los profesionales de enfermería que trabajaban con pacientes terminales, en contraposición a los profesionales del ámbito hospitalario. Este resultado puede ser debido a que esa exposición continúa a situaciones de sufrimiento, muerte y elaboración de duelos, las diferentes emociones y reacciones se normalizan hasta cierto punto.

Llegados a este punto, es necesario también aludir al *síndrome del burnout*, que se considera una respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales crónicos que se producen en el trabajo, conformado por tres dimensiones (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001): a) Agotamiento o fatiga emocional, unido a sensaciones de sobre-esfuerzo físico y hastío emocional; b) Cinismo o despersonalización, que podría expresarse en respuestas negativas o insensibles y actitudes de indiferencia y distancia hacia la persona cuidada; c) Ineficacia o falta de logro y productividad, también expresada como sentimientos de incompetencia o baja eficacia profesional.

Autores como García (1991) señalan que el burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el usuario/a con una intensa implicación: los trabajos asistenciales (Chacón y Grau, 1997). Debido a esa interacción, una de las características del síndrome es el *desgaste emocional* que ésta produce en el trabajador, así como un desajuste entre éste y su entorno laboral.

Bujalance et al. (2001), por su parte, ponen en evidencia que el personal base de enfermería es un grupo profesional de alto riesgo de desarrollar el síndrome del burnout, ya que están en contacto directo con los pacientes, el sufrimiento, el dolor y la muerte (Arranz et al., 2013; Pascual, 2011b). Esto también hay que considerarlo para los auxiliares que trabajen en diferentes recursos asistenciales donde haya trato con ancianos (Torres, 2010). Todo ello, genera numerosas consecuencias para la salud profesional, tal y como explicaremos a continuación.

1.2.5. Salud bio-psico-social y calidad de vida

Respecto a las repercusiones del cuidado en la salud y en la calidad de vida, podemos encontrar una estrecha relación entre la exposición a estresores laborales y el deterioro de la salud.

Torres (2010) cita a varios autores (Álvarez y Fernández, 1991; Fornés, 1994; Ramos, De Castro, Galindo y Fernández, 1998) y agrupa las *consecuencias negativas* del estrés laboral sobre los cuidadores/as formales en varias categorías: 1) Físicas

(algias múltiples, trastornos gastrointestinales, motores y hormonales, con autoevaluaciones negativas de salud); 2) Psicológicas (ansiedad, déficit de concentración, rigidez, cinismo, suspicacia, rabia, ira, irritabilidad, agresividad, trastorno del sueño, cambio de hábitos y despersonalización); 3) Profesionales (falta de interés por el trabajo, calidad deficiente en la ejecución de cuidados, necesidad de períodos más largos para realizar el mismo trabajo, intolerancia con ciertos usuarios/as, cambios frecuentes de turno, absentismo laboral y abandono de la profesión); 4) Sobre familiares y amigos (problemas de relación y comunicación, y proyección de culpa en los demás); 5) Sobre los usuarios (déficit en la solución de sus demandas, calidad deficiente en los cuidados, incremento de errores, evitación de relaciones personales y violencia física).

Por otro lado, no podemos olvidar que los propios profesionales están sometidos a diferentes sucesos vitales personales (referidos al ámbito familiar y de pareja, económico, de salud, etc.) como pérdidas, miedos de separación, dudas, ansiedades... que a veces constituyen una carga emocional adicional, pudiendo repercutir en su trabajo (Colell, 2005; González y Domínguez, 2000).

Por lo tanto, podemos ver que cada persona vive su trabajo de una forma diferente y puede ser más o menos vulnerable a los estresores diarios en función de diversos factores. No obstante, el sector asistencial es uno de los más críticos en la actualidad de cara al sufrimiento de burnout y problemas de salud, ya que la sobrecarga de trabajo y la presión de tiempo provocan una progresiva erosión física y emocional en estos profesionales (Cebriá-Andreu, 2005). Tener en cuenta estas cuestiones resulta de vital importancia, ya que no sólo afectan al bienestar psicológico de los cuidadores/as formales, sino también a la calidad de la atención directa de estos trabajadores/as a las personas dependientes.

1.2.6. Factores que actúan como protectores

Diversos aspectos personales, sociales y de capacitación profesional median en la experiencia del estrés, amortiguando o potenciando las consecuencias de los estresores (Aneshensel et al., 1995; González y Domínguez, 2000).

En su estudio, Flores, Jenaro, Moro y Tomşa (2014) encontraron que para los cuidadores/as profesionales, su trabajo hace que experimenten una mayor satisfacción con la vida, con el trabajo, con la familia y con las relaciones sociales. Aunque, como ya se ha explicado, el cuidado de una persona mayor dependiente ya es, en sí, una situación

dinámica de estrés, a la que el cuidador se va a enfrentar en una interacción continua de estresores y recursos desde su particular punto de vista (Yanguas et al., 2000). En otros estudios realizados con profesionales de enfermería de cuidados paliativos y unidades de críticos (Pascual, 2011a, 2011b; Tomás-Sábado y Guix, 2001), se vio también que estos profesionales consideraban importante recibir cursos sobre el concepto de la muerte, su proceso y afrontamiento, ya que les ayudaban a desempeñar su trabajo, si bien la mayoría no se sentían suficientemente formados en el tema y presentaban mayores niveles de ansiedad. Esta "educación", por lo tanto, resulta eficaz en la reducción de los niveles de ansiedad ante la muerte en el personal de enfermería y se puede asociar a actitudes hacia la muerte más positivas (Maza et al., 2008; Sevilla-Casado y Ferré-Grau, 2013; Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003), así como a una mayor autoestima y autoeficacia (Fernández, Menezes de Lucena y Ramos, 2001). Sala (2009) recalca la importancia de formar al cuidador/a para hacer frente al proceso paulatino de deterioro que sufre la persona en situación de dependencia.

Respecto a las *variables personales*, se han estudiado como mediadoras en el estrés laboral del cuidador/a formal, entre otras, la autoeficacia, la autoestima, el locus de control, las estrategias de afrontamiento, el autocontrol emocional, la competencia personal, la tolerancia a la ambigüedad, el apoyo social, la personalidad, etc.

Así, uno de los factores protectores que más se ha estudiado es la resiliencia, que se relaciona así mismo con la eficacia y el compromiso laboral o engagement.

Schaufeli y Salanova (2002) definen el *engagement* como “un estado mental positivo, satisfactorio y relacionado con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción.” (p.74). El vigor hace referencia a la energía, resistencia mental y el esfuerzo puesto en el trabajo a pesar de las dificultades; la dedicación hace referencia a la implicación, la significación, el entusiasmo, la inspiración, el orgullo y el reto que representa el trabajo para la persona; y la absorción hace referencia a la concentración de la persona en su trabajo, llegándole a costar desconectar de él.

Hay autores que llegan a considerar el compromiso laboral como el antítesis al burnout (Maslach et al., 2001; Schaufeli y Salanova, 2002). En nuestro trabajo nos resulta de interés comprobar si el engagement, como variable protectora ante el estrés que provocan los cuidados a una persona moribunda, podría estar relacionado con actitudes hacia la muerte más positivas. Otras dos de las variables más analizadas como moduladoras han sido el apoyo social (instrumental y emocional) y el afrontamiento (Carretero et al., 2006; Yanguas et al., 2000).

Por último, según Neimeyer et al. (1997), aspectos *culturales* y *sociales* pueden determinar también una actitud más positiva en la atención a la persona mayor, siendo ejemplos de esto la atención a los ritos y festejos fúnebres, un mayor respeto a la muerte, y un mayor apego social o afectivo a la familia y a las personas mayores.

Hasta aquí hemos dado cuenta de los principales aspectos teóricos que sustentan nuestro trabajo. A continuación describiremos los principales objetivos e hipótesis que nos planteamos en nuestro estudio.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Como objetivo general de este trabajo perseguimos, analizar el impacto que produce el cuidado profesional de una persona mayor dependiente en la salud bio-psico-social, en la calidad de vida laboral y en las actitudes, creencias y miedos hacia la muerte manifestados por los cuidadores/as formales que trabajan en el sector de la ayuda a domicilio y residencias de la provincia de Salamanca.

1.3.2. Objetivos específicos

Así mismo, y de forma más concreta esperamos dar respuesta a los siguientes objetivos específicos. Concretamente nos planteamos:

1. Identificar las principales características del cuidado profesional ofrecido a las personas mayores dependientes en su propio hogar o en el entorno residencial.
2. Determinar las principales demandas laborales, estrés, burnout y percepción de calidad de vida y calidad de vida laboral experimentado por los cuidadores/as profesionales.
3. Evaluar las actitudes y ansiedad ante la muerte así como las estrategias de afrontamiento de la misma en los profesionales que trabajan con personas mayores que se encuentran en la etapa final de la vida.
4. Analizar los factores protectores (i.e. engagement) y las repercusiones en la salud bio-psico-social.
5. Identificar relaciones significativas en función del estrés laboral (burnout) con las actitudes y la ansiedad hacia la muerte, el afrontamiento hacia la misma, la salud biopsicosocial y el engagement experimentado por los cuidadores/as profesionales.

II. METODOLOGÍA

2.1. PARTICIPANTES

La muestra es incidental y está formada por un total de 67 cuidadores/as formales, distribuyéndose en 49 trabajadores/as de residencias de personas mayores de empresas privadas (73,1%), 18 auxiliares de Ayuda a Domicilio pertenecientes a una empresa privada (26,9%). Las dos localidades de trabajo principales son Salamanca (N= 45, 67,2%) y la Alberca (N= 13, 19,4%).

Los participantes son mayoritariamente mujeres (N= 64, 95,5%), siendo la edad promedio de 43,99 años (DT= 10,117). En cuanto a las categorías laborales, 36 son auxiliares de geriatría (53,7%) y 18, como ya hemos indicado, son auxiliares de domicilio (26,9%), perteneciendo el resto a otras categorías. En cuanto al nivel de estudios, 33 profesionales tienen bachillerato/BUP o una F.P. (49,3%), y 17 tienen el graduado escolar (25,4%) (Anexo 1).

Respecto al tiempo que llevan desempeñando el trabajo como cuidador/a, un 47,8% tienen una antigüedad de más de 11 años, el 25,3% llevan trabajando entre 6 y 11 años, y los que menos tienen una antigüedad de 3-5 años (16,4%). El 79,1% tienen contrato indefinido (53 profesionales), y el 79,1% también trabajan a jornada completa. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que los profesionales estuvieran trabajando en el momento actual y que fueran mayores de edad.

Por otro lado, en la Tabla 1 podemos observar los diferentes grupos de población atendidos por los profesionales que participan en nuestro estudio:

Tabla 1. *Grupos de población atendidos*

	Frecuencia	Porcentaje
Gran discapacidad física	17	25,4
Discapacidad intelectual severa	12	17,9
Enfermedad mental grave	15	22,4
Personas mayores dependientes	66	98,5

Los cuidadores/as formales participantes en este estudio prestan sus servicios mayoritariamente en centros residenciales para personas mayores (71,6%), así como en los hogares particulares de la persona dependiente (28,4%), centros residenciales de personas con discapacidad. (4,5%), centros de día (1,5%) y hospitales de Salud Mental (1,5%). Además, atienden a una media de 37,46 usuarios/as por jornada completa (DT= 32,111).

2.2. MATERIALES

Para este estudio se elaboró un dossier, utilizando los cuestionarios que a continuación describiremos. Todos ellos poseen adecuadas propiedades psicométricas.

Se aplicó en primer lugar un cuestionario de elaboración propia en el que se preguntaba por los datos generales sociodemográficos y datos sobre su trabajo.

A continuación para evaluar el burnout utilizamos el *Cuestionario Maslach Burnout Inventory-General Survey MBI-GS* (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2002). El MBI-GS fue desarrollado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson en 1996 para medir el burnout como un tipo específico de estrés ocupacional entre los profesionales, a través de tres subescalas: Agotamiento (5 ítems), Cinismo (5 ítems) y Eficacia profesional (6 ítems). Los 16 ítems del cuestionario están valorados en una escala de frecuencia de tipo Likert que oscila entre 0 *ninguna vez* y 6 *todos los días*. Los valores de fiabilidad de las escalas según el coeficiente alfa de Cronbach en esta investigación fueron 0,85 para agotamiento, 0,70 para cinismo y 0,81 para eficacia profesional.

Para evaluar la ansiedad ante la muerte se empleó la versión adaptada al español por Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002) de la *Escala de Ansiedad ante la muerte DAS* de Templer (1970). La escala se compone de 15 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso) y cuenta con cuatro factores como son: 1) Cognitivo-afectivo; 2) Dolor y enfermedad; 3) Estímulos asociados con la muerte, 4) Conciencia del paso del tiempo (Miaja y Moral, 2012). Por su parte, se obtiene una puntuación final que oscila entre 0 y 15 puntos. Puntuaciones elevadas son indicativas de mayor ansiedad ante la muerte. El valor de fiabilidad de la escala según el coeficiente alfa de Cronbach en esta investigación fue de 0,76.

También utilizamos la *Escala de Afrontamiento ante la muerte de Bugen* (1980-1981), para evaluar el nivel de afrontamiento de la muerte o competencia percibida. Los 30 ítems del cuestionario se valoran en una escala de tipo Likert con 7 niveles de respuesta entre 1 *totalmente desacuerdo* y 7 *totalmente acuerdo*. El valor de fiabilidad de la escala según el coeficiente alfa de Cronbach en esta investigación fue de 0,85.

Por su parte el *Cuestionario Utrecht Work Engagement Scale* en su versión corta de 9 ítems (UWES-9; de Schaufeli, Salanova y Bakker, 2002) fue utilizado para evaluar el engagement laboral. Dicho instrumento evalúa tres factores referentes al bienestar y el compromiso laboral: Vigor, Absorción y Dedicación. Sus 9 ítems se valoran en una escala de tipo Likert con 6 niveles de respuesta entre 0 *ninguna vez* y 7 *todos los días* (Schaufeli y Bakker, 2003). Los valores de fiabilidad de las escalas según el coeficiente

alfa de Cronbach en esta investigación fueron 0,78 para vigor, 0,85 para dedicación y 0,72 para absorción.

Adicionalmente empleamos también el *Cuestionario de Actitudes hacia la muerte CAM-2* (modificación de 1999, por J. Grau, A. Barreda y O. Infante, de la Versión 1 de 1997) para evaluar las actitudes hacia la muerte de los profesionales. Está compuesto por 33 ítems que se valoran en una escala de tipo Likert con 5 niveles de respuesta entre 1 *totalmente desacuerdo* y 5 *totalmente acuerdo*. Consta de 6 subescalas: 1) Evitación; 2) Aceptación; 3) Temor; 4) Tránsito; 5) Salida; 6) Perspectiva profesional (Grau et al., 2008). El valor de fiabilidad de la escala según el coeficiente alfa de Cronbach en esta investigación fue de 0,72.

Finalmente para la evaluación de la salud biopsicosocial empleamos el *Cuestionario General de Salud GHQ-28* de Goldberg y Williams (1996) (1972). Este cuestionario de screening se utiliza para valorar la salud general, tanto física como psicológica y social. Consta de 28 ítems, divididos en cuatro subescalas: 1) Síntomas somáticos; 2) Ansiedad e insomnio; 3) Disfunción social; 4) Depresión (López, Huizing y Lacida, 2004). Puntuaciones iguales o superiores a 6 indican la existencia de un posible problema clínico. Los valores de fiabilidad de las escalas según el coeficiente alfa de Cronbach en esta investigación fueron 0,79 para síntomas somáticos, 0,82 para ansiedad-insomnio, 0,66 para disfunción social y 0,83 para depresión.

2.3. PROCEDIMIENTO

Para obtener la muestra de cuidadores/as profesionales, se contactó a través de teléfono y presencialmente con varias residencias y el SAD de Salamanca y pueblos de los alrededores (Aldeatejada, Barruecopardo, La Alberca y Vilvestre).

Una vez establecido dicho contacto y concedida la colaboración en el estudio, se procedió a la entrega del dossier de cuestionarios, lo cual se realizó de dos formas: presencialmente en la propia institución, y/o entregándoselos a las directoras para que ellas mismas los distribuyeran entre los trabajadores/as, guardándolos en un sobre para garantizar su anonimato y confidencialidad. Debido al gran volumen de trabajo que tienen estos profesionales diariamente, la segunda forma fue la más recurrida.

Los datos se recogieron entre marzo y mayo del 2016, y se repartieron un total de 104 dossiers. De estos se recogieron 69, descartándose 2 por estar incompletos y quedando así 67 cuestionarios debidamente cumplimentados (tasa de participación del 66,34%).

Todos/as los profesionales ofrecieron su consentimiento informado y se les garantizó la confidencialidad y el anonimato en las respuestas emitidas, agradeciéndoseles la participación voluntaria.

2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El estudio es de tipo descriptivo correlacional ex post facto. Para la toma de las medidas se partió de una muestra voluntaria y experimentalmente accesible, tras el consentimiento informado.

Se utilizaron los estadísticos descriptivos rutinarios (frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones típicas) para analizar las características sociodemográficas y clínicas de la muestra estudiada. Se utilizó el índice Alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna (fiabilidad) de todos los instrumentos utilizados. Así mismo, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la asociación entre las variables cuantitativas objeto de interés.

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con la versión 21 para Windows del paquete estadístico IBM SPSS Statistics (SPSS Inc., Chicago, IL).

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, ofrecemos los resultados relativos al análisis de las variables de interés con objeto de dar respuesta a los objetivos planteados.

Así, en nuestro *primer objetivo* nos habíamos planteado identificar las principales características del cuidado profesional ofrecido a las personas mayores dependientes en su propio hogar o en el entorno residencial.

En este sentido y como hemos comentado en el apartado de Participantes, nuestra muestra de cuidadores/as profesionales está compuesta principalmente por mujeres (N=64), con una media de edad de 43,99 años y que trabajan como auxiliares de geriatría en residencias (53,7%) o en el Servicio de Atención a Domicilio (26,9%) de Salamanca provincia, con una antigüedad superior a 11 años (47,8%).

Respecto al perfil de los usuarios/as atendidos/as cabe destacar que mayoritariamente pertenecen al colectivo de personas mayores en situación de dependencia (98,5%), seguido de quienes atienden a personas con una gran

discapacidad física (25,4%), personas con enfermedad mental grave (22,4%), y por último personas con discapacidad intelectual severa (17,9%) (véase Tabla 1).

También preguntamos a los cuidadores/as profesionales si habían tenido experiencia o contacto con usuarios/as que se encontraban moribundos, y cabe destacar que, como podemos observar en la Tabla 2, un 82,1% responden de forma afirmativa.

Tabla 2. *Contacto con usuarios/as moribundos*

	Frecuencia	Porcentaje
Si	55	82,1
No	12	17,9
Total	67	100,0

Por su parte, la media de personas receptoras del servicio fallecidas a lo largo de la vida profesional de los cuidadores/as se establece en 27,27 personas (DT= 37,943). Lo que indica que todos, en mayor o menor medida, han tenido contacto con la muerte en sus lugares de trabajo.

Respecto a la formación o preparación del cuidador/a profesional en estos temas, es posible indicar que en general los cuidadores/as formales se consideran entre bastante y muy preparados a nivel emocional y asistencial/técnico (79,1%) (Anexo 2). También les preguntamos acerca de la formación recibida en sus lugares de trabajo relacionada con el duelo y la ayuda en los procesos de morir. Al respecto, un 49,3% (N= 33 cuidadores/as) manifestaron no haber recibido ningún tipo de formación, frente al 50,7% (N= 34) que afirmaban haberla recibido. Además, la práctica totalidad de los cuidadores/as profesionales que afirmaban haber recibido esta formación (N= 33), manifestaron que ésta les había resultado bastante útil en su trabajo diario.

Finalmente, y respecto a las necesidades formativas demandadas por los cuidadores/as, cabe destacar, que un 79,1% (N= 49) considera necesario recibir formación sobre cómo ayudar al usuario/a a morir, sobre el apoyo emocional y duelo a familiares y sobre cómo manejar la ansiedad profesional ante enfermos terminales.

A continuación y conforme a nuestro *segundo objetivo* consistente en determinar las principales demandas laborales, estrés, burnout y calidad de vida y calidad de vida laboral experimentado por los cuidadores/as profesionales, presentamos en primer lugar los resultados obtenidos por los participantes respecto a la valoración de las principales fuentes de estrés o demandas laborales percibidas en su trabajo. En este sentido, se les

preguntaba a los cuidadores/as formales que valorasen en una escala del 1 al 10 (donde 1 era la mínima puntuación o mínimo estrés y 10 la máxima puntuación) una serie de estresores relacionados con su profesión. Como se puede observar en la Tabla 3, los resultados obtenidos no evidencian estresores con niveles muy altos de estrés, aunque si se señalan como más estresantes la cantidad de usuarios/as a atender (con una media de 7,16; DT= 2,728), seguido del exceso de responsabilidad (media de 6,52; DT= 2,476), la sobrecarga laboral (media de 6,49; DT= 2,852), los problemas de conducta de los usuarios/as (media de 5,97; DT= 2,449), la relación con los familiares (media de 5,36; DT= 2,854) y la muerte de los usuarios/as (media de 5,30; DT= 2,762).

Tabla 3. *Puntuaciones medias estresores laborales*

	N	Media	Desv. típ.
E. Horarios y Turnos	67	4,04	3,097
E. Sobrecarga Laboral	67	6,49	2,852
E. Exceso Responsabilidad	66	6,52	2,476
E. Contacto continuo usuarios	67	5,28	2,953
E. Escasez de Formación	66	4,05	2,663
E. Cantidad de usuarios a atender	67	7,16	2,728
E. Problema conducta usuarios	67	5,97	2,449
E. Relación con familiares	67	5,36	2,854
E. Muerte de los usuarios	66	5,30	2,762
E. Relación con responsable	66	4,56	3,104
E. Exceso de burocracia	66	5,02	2,858
E. Relación compañeros	67	3,49	2,608
E. Tipo de tareas	67	5,19	2,846
E. Relación con la persona dependiente	67	4,13	2,516
E. Grado de deterioro de usuarios	66	5,27	2,581
N válido (según lista)	64		

Por su parte, los resultados obtenidos respecto al estrés laboral percibido indican que un 85,1% de los cuidadores/as de nuestro estudio experimentan estrés en su lugar trabajo.

Respecto a quiénes serán susceptibles de experimentar estrés laboral de tipo crónico o burnout, como podemos observar en la Tabla 4, los resultados obtenidos tras la evaluación del síndrome muestran que por lo general los profesionales tienen niveles bajos de agotamiento (N= 34, 50,7%) y altos niveles de eficacia profesional (N=30,

44,8%). Con respecto al cinismo, nos encontramos con el mismo porcentaje de cuidadores/as que presentan niveles altos y bajos (N=24, 35,8%).

Tabla 4. *Niveles de Burnout en la muestra de cuidadores/as profesionales*

	Alto		Medio		Bajo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Agotamiento	18	26,9	15	22,4	34	50,7
Cinismo	24	35,8	19	28,4	24	35,8
Eficacia profesional	30	44,8	19	28,4	18	26,9

No obstante a pesar de estos resultados, no podemos olvidar el número de profesionales que presentan altos y medios niveles de agotamiento y cinismo, así como bajos niveles de eficacia profesional. Tales niveles son significativos teniendo en cuenta que el burnout es una respuesta de estrés de tipo crónico.

Finalmente, con objeto de conocer cómo percibían su calidad de vida y su calidad de vida laboral, pedimos a los cuidadores/as que valorasen dichas variables en una escala de 10 puntos, donde 1 era la puntuación mínima y 10 la máxima puntuación. Los resultados obtenidos (Tabla 5) evidencian puntuaciones medias de 7,30 para la calidad de vida, y un poco inferiores (6,09) para la calidad de vida laboral.

Tabla 5. *Calidad de vida y calidad de vida laboral percibidas*

	Media	Desv. típ.
Calidad de vida percibida	7,30	2,000
Calidad de vida laboral percibida	6,09	2,334

Nuestro *tercer objetivo* consistía en evaluar las actitudes y la ansiedad ante la muerte así como las estrategias de afrontamiento de la misma en los profesionales que trabajan con personas mayores que se encuentran en la etapa final de la vida.

En primer lugar, las puntuaciones medias obtenidas con la Escala de Ansiedad ante la muerte DAS evidencian puntuaciones medias de 7,58 puntos (DT= 3,22) (Anexo 3). Dichas puntuaciones pueden considerarse como medias o moderadas, si tenemos en cuenta que la puntuación máxima de la escala es de 15 puntos.

Así mismo y con objeto de conocer si los cuidadores/as tendrían un adecuado o inadecuado afrontamiento de la muerte, utilizamos también la Escala Bugen de Afrontamiento de la Muerte. En este caso, y siguiendo las recomendaciones dadas por

los autores del instrumento, se seleccionaron los percentiles 33 y 66 para dividir a la muestra en adecuado afrontamiento (puntuaciones superiores al percentil 66) o inadecuado afrontamiento (puntuaciones inferiores al percentil 33). En la Tabla 6 se presentan los resultados obtenidos, destacando el porcentaje de profesionales que presentan un inadecuado afrontamiento de la muerte (31,3%).

Tabla 6. *Resultados Escala Bugen de Afrontamiento de la muerte*

Tipo de Afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Mal afrontamiento	21	31,3
Buen afrontamiento	22	32,8
Total	43	64,2

Centrando ahora nuestra atención en las actitudes hacia la muerte que presentan las cuidadores/as profesionales, y de acuerdo a lo presentado en la Tabla 7, encontramos una gran variedad, destacando las actitudes de temor (media de 3,16) y aceptación (media de 3,03), seguidas de la concepción de la muerte como un proceso de tránsito (media de 2,99) y como una salida o desde la perspectiva profesional (media de 2,97).

Tabla 7. *Resultados Cuestionario de Actitudes hacia la muerte CAM-2*

	Media	Desv. típ.
Evitación	2,90	,728
Aceptación	3,03	,529
Temor	3,16	,751
Tránsito	2,99	,872
Salida	2,97	,747
Perspectiva Profesional	2,97	,747
Total	3,01	,339

En cuarto lugar, damos respuesta a nuestro *cuarto objetivo* consistente en analizar los factores protectores (engagement) y las repercusiones en la salud bio-psico-social.

Así, en la Tabla 8 se presentan las puntuaciones obtenidas por los cuidadores/as formales en el cuestionario de Engagement (Utrecht Work Engagement Scale, UWES-9). Encontramos que en general estos profesionales presentan puntuaciones medias en vigor (31,3%), elevada dedicación (52,2%) y una absorción en su trabajo media

(47,8%). Las puntuaciones son elevadas, aunque una vez más, no nos podemos olvidar de todos aquellos cuidadores/as con bajo vigor, dedicación y absorción en su trabajo.

Tabla 8. *Niveles de engagement en los cuidadores profesionales*

	Elevado		Medio		Bajo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Vigor	21	31,3	35	52,2	11	16,4
Dedicación	35	52,2	22	32,8	10	14,9
Absorción	30	44,8	32	47,8	5	7,5

En cuanto a las repercusiones en la salud física (sintomatología somática) y psicológica (ansiedad-insomnio) de los cuidadores/as, los resultados obtenidos con el GHQ-28 (véase Tabla 9), nos permiten evidenciar cómo un alto porcentaje de cuidadores/as presentan repercusiones clínicamente significativas en la salud física (58,2%) tales como dolores de cabeza o afecciones osteomusculares así como una elevada presencia de sintomatología relacionada con la ansiedad y problemas de sueño (70,1%). También, y aunque en un porcentaje mucho menor, hay que tener en cuenta que 6 de los cuidadores (9%) se caracterizan por tener problemas clínicos significativos a nivel emocional (depresión) y dos de ellos (3%) tienen repercusiones clínicamente relevantes en la salud social.

Tabla 9. *Resultados salud bio-psico-social GHQ-28*

	Síntomas somáticos		Ansiedad-insomnio		Disfunción social		Depresión	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No clínico	28	41,8	20	29,9	64	95,5	61	91,0
Clínico	39	58,2	47	70,1	2	3,0	6	9,0

Finalmente y con objeto de responder a nuestro *quinto* y último objetivo en el que nos habíamos planteado identificar relaciones significativas en función del burnout con las actitudes, la ansiedad ante la muerte, la salud bio-psico-social y el engagement experimentado por los cuidadores/as profesionales, en la Tabla 10 presentamos las correlaciones obtenidas entre las dimensiones del burnout y las diferentes variables analizadas.

Cabe observar la presencia de relaciones estadísticamente significativas y en la dirección esperada entre el agotamiento y cinismo (dimensiones centrales del burnout) y

la mayoría de las variables analizadas. Así, el agotamiento se relaciona correlaciona significativamente y de manera negativa con las actitudes hacia la muerte, el afrontamiento hacia la muerte y con todas las dimensiones del engagement (vigor, dedicación y absorción). También se encuentran relaciones significativas y positivas con la salud bio-psico-social (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión). Por su parte, el cinismo se relaciona significativamente y en la dirección esperada con el afrontamiento ante la muerte y el engagement, y de forma positiva con la subescala de depresión del GHQ-28. Por tanto, podemos suponer que aquellos cuidadores/as profesionales que presenten burnout, presentarán a su vez peores actitudes y afrontamiento hacia la muerte, y experimentarán repercusiones negativas en su salud bio-psico-social así como una menor implicación o engagement profesional. De forma adicional observamos cómo el afrontamiento de la muerte se relaciona positiva y significativamente con las actitudes hacia la misma y con el engagement. Así mismo es relevante observar también cómo la disfunción social correlaciona de forma negativa y significativamente con las tres dimensiones del engagement.

Tabla 10. *Correlación entre el burnout y otras variables (actitudes, ansiedad ante la muerte, afrontamiento, salud biopsicosocial y engagement)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Agotamiento	-	,373**	,046	,172	-,315*	-,260*	,398**	,470**	,450**	,299**	-,586**	-,386**	-,336**
2. Cinismo		-	,031	,099	-,371**	-,215	-,067	,090	,193	,325**	-,474**	-,532**	-,316**
3. Eficacia Profesional			-	,055	-,053	-,071	,065	,268*	-,150	,020	,138	,309*	,216
4. Ansiedad ante la muerte				-	-,579**	-,400**	,071	,015	,083	,010	-,059	-,062	,096
5. Afrontamiento de la muerte					-	,438**	-,001	-,118	-,177	,065	,324*	,387**	,385**
6. Actitudes hacia la muerte						-	-,195	-,239	-,304*	,030	,183	,225	,171
7. Síntomas Somáticos (SS)							-	,500**	,342**	,092	-,087	,009	-,140
8. Ansiedad Insomnio (AI)								-	,236	,338**	-,211	-,091	-,183
9. Disfunción Social (DS)									-	,393**	-,332**	-,308*	-,268*
10. Depresión (DP)										-	-,281*	-,310*	-,127
11. Vigor (VI)											-	,821**	,660**
12. Dedicación (DE)												-	,697**
13. Absorción (AB)													-

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

IV. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Como hemos puesto de manifiesto en la introducción de este trabajo, los cuidadores/as profesionales, y más concretamente aquellos que trabajan en el sector de la ayuda a domicilio, son una figura creciente y poco estudiada. Nos encontramos ante un colectivo compuesto predominantemente por mujeres de mediana edad con estudios de secundaria o Bachillerato/FP, que atienden a personas dependientes, principalmente ancianos, en residencias o los propios hogares de los usuarios/as.

Su trabajo, percibido por los propios profesionales como estresante, incluye el contacto con personas moribundas y la vivencia del fallecimiento de las personas a las que atienden. Esto se une a los numerosos estresores a los que hacen frente en su actividad diaria, donde destacan la cantidad de usuarios/as a atender, el exceso de responsabilidad y la sobrecarga laboral como los tres aspectos de su trabajo que generan más estrés a nuestros cuidadores/as formales (si bien no en un nivel excesivo). Esto apoya la afirmación de Torres (2010) en referencia a que la carga de trabajo es uno de los estresores más importantes a considerar en los cuidados profesionales

En la investigación desarrollada a la largo de las páginas anteriores, se han obtenido unos resultados en relación con el burnout y el engagement que, de forma general, pueden considerarse positivos. No obstante, hay que destacar los numerosos cuidadores/as que si presentan estrés laboral de tipo crónico (burnout) y bajos niveles de engagement. Además, la evaluación de la salud bio-psico-social muestra numerosos casos clínicos en cuanto a síntomas somáticos y ansiedad e insomnio. Álvarez y Fernández (1991), Fornés (1994) y Ramos, De Castro, Galindo y Fernández (1998) (citados por Torres, 2010) ya señalaban diversas consecuencias negativas que el estrés laboral podía tener sobre los cuidadores/as, las cuales se han visto plasmadas en dichos casos clínicos.

Así mismo, se ha comprobado que el estrés crónico que sufren los cuidadores/as formales de personas mayores dependientes provoca un menor compromiso laboral (engagement) y afecta a su salud general percibida, con un peor afrontamiento de la muerte y actitudes hacia ella más negativas. No podemos olvidar que todo esto, como señalan algunos autores (Colell, 2005; Figueredo, 2014; González y Domínguez, 2000) podría traducirse en peores actitudes hacia el cuidado.

Por último, y si bien en general los cuidadores/as profesionales se consideran preparados emocional y asistencialmente, ellos mismos ponen en evidencia en este

estudio diferentes necesidades formativas en relación con el afrontamiento y manejo de la muerte, así como con todo lo relacionado con ella (procesos de duelo, apoyo a los familiares, el manejo de la ansiedad, etc.). Esto les ayudaría a afrontar estas situaciones con una mayor competencia, y reducir la afectación negativa que las actitudes y emociones hacia la muerte pueden tener en su actividad profesional y bienestar personal. Ya en anteriores estudios realizados (Pascual, 2011a, 2011b; Sala, 2009; Tomás-Sábado y Guix, 2001) se había puesto en relieve la importancia de la formación.

Así, con nuestro estudio hemos querido aportar nuevos datos y abrir nuevas puertas para investigaciones futuras, recalcando la gran labor que realizan estos profesionales.

Pero nuestro trabajo no está exento de limitaciones. Así, cabe destacar el pequeño tamaño de la muestra (N= 67) analizada y la obtención de la misma a través de procedimientos incidentales y no utilizando un muestreo aleatorio. Todo ello impide generalizar los resultados más allá de este Trabajo Fin de Grado.

Por último, de cara a futuras investigaciones, consideraríamos interesante evaluar cómo se relaciona la personalidad de los cuidadores/as con el estrés y su salud bio-psico-social; así como el factor cultural, ya que como algunos autores (Colell, 2005; Uribe et al., 2007) señalan que tanto éste como la religión pueden determinar e influir en las actitudes hacia la muerte (el respeto, el culto a los difuntos y a la muerte, la creencia de Dios o de una vida posterior, etc.).

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in care giving: the unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Aparicio, M. E., Sánchez, M. P., Díaz, J. F., Cuéllar, I., Castellanos, B., Fernández, M. T., & de Tena, A. (2007). *La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales*. Madrid: IMSERSO.
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Astencio, L., Allende, S. R., & Verastegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An Internet study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 15, 245-260.

- Beltrán, G. (2014). Percepciones y actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes. (Trabajo fin de grado). Universidad de Jaén, Jaén. Recuperado el 10 de abril del 2016: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1296/1/TFG_BeltranMoreno,Gema.pdf
- Blanco, L., Librada, S., Rocafort, J., Cabo, R., Galea, T., & Alonso, M. E. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Med Paliat*, 14, 1-5.
- Boada, J., De Diego, R., Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S., & Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 36(1), 32-40.
- Carretero, S., Garcés, J., & Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Recuperado el 10 de abril de 2016: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Cebriá-Andreu, J. (2005). Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gac Sanit.*, 19(6), 463-470.
- Chacón, M., & Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cubana Oncol*, 13(2), 118-125.
- Colell, R., Limonero, J. T., & Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud*, 5 (2). Recuperado el 6 de abril 2016: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250205>
- Colell, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado el 14 de marzo del 2016: www.tdx.cat/bitstream/10803/4753/1/rcb1de1.pdf
- Crespo, M., López, J., & Zarit, S. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 591-592.
- Cruz Roja. (2010). *Guía básica para cuidadores*. Recuperado el 15 de marzo del 2016: http://www.cruzroja.es/docs/2006_3_IS/Guia_Cuidados_Baja.pdf
- De los Reyes, M. C. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología do Mercosul Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Brasil. Recuperado el 10 de mayo del 2016: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>
- Domínguez, M. E. (2011). La Mirada de los cuidadores formales sobre el envejecimiento: una visión prospectiva para el sistema de formación en gerocultura. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1). Recuperado el 16 de marzo del 2016: www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/24808/23278

- Durante, P., & Hernando, A. L. (1989). Formación de personal y calidad asistencial. *Revista española de geriatría y gerontología*, 24(2) 141- 145.
- Eseverri, C. (2002). La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura. *Index de Enfermería Digital*, 39, 35-39.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). La gerontología positiva. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 10(3), 143-145.
- Fernández, B., Menezes de Lucena, V. A., & Ramos, F. (2001). El síndrome de burnout en cuidadores formales. Recuperado el 3 de mayo del 2016: <http://www.psiquiatria.com/psicogeriatría/el-síndrome-de-burnout-en-cuidadores-formales-de-ancianos/>
- Figueredo, N. (2014). Prácticas de cuidado y percepciones de maltrato en personas mayores institucionalizadas. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado el 28 de abril del 2016: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/290854/NFB_TESIS.pdf?sequence=1
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., & Tomşa, R. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 79-88.
- Gala, F. J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J. M., Villaverde, M. C., & Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12.
- González, E., & Domínguez, M. L. (2000). Factores que inciden en la actuación profesional con personas mayores. *Papeles del Psicólogo*, 76, 9-12.
- Grau, J., Llantá, M. C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M. C., Infante, O., Romero, T., Barroso, I., & Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento psicológico*, 4(10), 27-58.
- Grau, J., & Chacón, M. (2002). *La muerte y las actitudes hacia la muerte: una revisión*. La Habana: INOR.
- Herrera-Gómez, M. (1998). Nuevos desafíos en políticas sociales: la community care. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 82, 249-281.
- IMSERSO. (2005). Libro Blanco sobre la Dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado el 1 de abril del 2016: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- IMSERSO. (2015). Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Zaragoza. Recuperado el 1 de abril del 2016: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

- Instituto de la Mujer. (2008). Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica. Madrid: Red2Red Consultores S.L. recuperado el 10 de abril del 2016: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/cuidadosPersonasDependientesEst102.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2015). Proyección de la Población de España 2014–2064. Madrid.
- Iriarte, L. (2012). Factores que influyen en la Satisfacción Laboral de Enfermería en el Complejo Hospitalario de Navarra. (Trabajo Fin de Máster). Universidad Pública de Navarra, Navarra. Recuperado el 18 de abril del 2016: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/6156/TFM.pdf?sequence=1>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las personas en situación de dependencia. BOE número 299 de 15 de diciembre 2006.
- Limonero, J. T. (1977). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46.
- Limonero, J. T. (1994). Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado el 8 de mayo del 2016: www.tdx.cat/bitstream/10803/5458/1/jtlg1de5.pdf
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M., & Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: Colección Estudios Serie Dependencia, IMSERSO. Recuperado el 20 de abril del 2016: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estudiomalestarpscuidadores.pdf>
- López, S. R., Huizing, E., & Lacida, M. (2004). *Cuestionarios tests e índices para la valoración del paciente*. Salud mental. Servicio Andaluz de salud, Conserjería de Salud. Recuperado el 10 de junio del 2016: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0243.pdf>
- Manzano, G., & Ramos, F. (2001). Profesionales con alto riesgo de padecer Burnout: enfermeras y secretarias. *Psiquiatría.com*. Recuperado el 3 de mayo del 2016: <http://www.psiquiatria.com/enfermeria/profesionales-con-alto-riesgo-de-padecer-burnout-enfermeras-y-secretarias/#>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol*, 52, 397-422.
- Maza, M., Zavala, M., & Merino, J. M. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 39-48.
- Menezes de Lucena, V. A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., & Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Míajaja, M., & Moral, J. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte en personas con VIH y población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 107-122.
- Moreno, A. (2007). Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 10(1).

- Neimeyer, R. A., DePaola, S. J., Lupfer, M. B., & Fiedler, J. (1997). Preocupación por la muerte y actitudes hacia los ancianos en el personal de enfermería en geriátricos. En Neimeyer, R. A. *métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*, 207-220. Paidós: Barcelona.
- Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160
- Pascual, M. C. (2011a). Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados paliativos. *NURE Inv.*, 8(50). Recuperado el 2 de mayo del 2016: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/521/510>
- Pascual, M. C. (2011b). Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería intensiva*, 22(3), 96-103.
- Peinado, A. I., & Garcés, E. J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 14(1), 83-93.
- Pérez, R., & Velasco, J. F. (2011). Actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del Inapam. (Tesis doctoral). Asociación mexicana de educación continua y a distancia, A. C., México D. F. Recuperado el 20 de abril del 2016: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/45%20Actitud%20ante%20la%20muerte%20en%20ancianos.pdf>
- Rodríguez, L. F. (2014). *El Trabajador de Ayuda a Domicilio en la Ley de Dependencia. Temarios de Formación. Sanidad*. Sevilla: Rodio ediciones.
- Rodríguez, P., & Valdivieso, M. C. (2003). *Los servicios de ayuda a domicilio: planificación y gestión de casos: manual de formación para auxiliares* (2ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana. Recuperado el 9 de abril del 2016: <https://books.google.es/books?id=KdFEyFXqfnwC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Sala, E. (2009). *La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración*. Barcelona: Fundación Pere Tarrés.
- Sánchez, M. P. (Dir). (2012). *Personas cuidadoras formales y familiares y salud. Dossier*. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. (2003). Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual (Version 1, Noviembre 2003). *Occupational health Psychology Unit, Utrecht University*. Recuperado el 6 de junio del 2016: http://www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_87.pdf
- Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two simple confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Sevilla-Casado, M., & Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Significados. *Gerokomos*, 24(3), 109-114.
- Tomás-Sábado, J. (2002). La medida de ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 246-247, 42-47.
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 56(3), 257-279.

- Tomás-Sábado, J., & Guix, E. (2001). Ansiedad ante la muerte en enfermería: efectos de un curso de formación. *Enfermería Científica*, 11, 104-109.
- Torres, J. (2010). Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés (un estudio en población sociosanitaria). (Tesis doctoral). Universidad de Huelva, Huelva. Recuperado el 5 de mayo de 2016:
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2645/b15236699.pdf?sequence=1>
- Úbeda, I., & Roca, M. (2008). ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes? *Nursing*, 26, 62-66.
- Uribe, A. F., Valderrama, L., & López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120.
- Vidal, T. (2014). El síndrome de burnout en enfermeras de residencias geriátricas del Principado de Asturias. (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Oviedo, Oviedo. Recuperado el 8 de mayo del 2016: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/27562/3/Tania.pdf>
- Yagüe, A., & García, M. (1994). Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. Recuperado el 6 de abril de 2016:
<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J., & Leturia, M. (2000). Apoyo informal y cuidador de las personas mayores dependientes. *Papeles del psicólogo*, 76. Recuperado el 30 de abril del 2016:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=836>

V.I. ANEXOS**ANEXO 1: Nivel de estudios de la muestra de cuidadores/as profesionales**Tabla 11. *Nivel de estudios de la muestra de cuidadores/as profesionales*

	Frecuencia	Porcentaje
Estudios Primarios/sin Graduado Escolar	7	10,4
Secundaria/Graduado Escolar	17	25,4
Bachillerato o BUP o F.P.	33	49,3
Estudios universitarios	10	14,9
Total	67	100,0

ANEXO 2: Preparación emocional y asistencial/técnicaTabla 12. *Preparación emocional*

Nivel preparación	Frecuencia	Porcentaje
Regular	14	20,9
Bastante	27	40,3
Mucho	26	38,8
Total	67	100,0

Tabla 13. *Preparación asistencial/técnica*

Nivel preparación	Frecuencia	Porcentaje
Nada	1	1,5
Regular	13	19,4
Bastante	32	47,8
Mucho	21	31,3
Total	67	100,0

ANEXO 3: Puntaciones medias Escala de Ansiedad ante la muerte DASTabla 14. *Puntaciones medias Escala de Ansiedad ante la muerte DAS*

Nivel preparación	N	Media	Desv. Típ.
Cognitivo-Afectivo	67	2,69	1,690
Dolor y enfermedad	67	2,61	1,114
Estímulos relacionados con la muerte	67	,88	,826
Conciencia del paso del tiempo	66	1,44	,806
Ansiedad Muerte Total	66	7,58	3,220
N válido (según lista)	66		