



ORIGINAL

Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos



Laura Galiana^a, Amparo Oliver^{a,*}, Noemí Sansó^b, Antònia Pades^c y Enric Benito^b

^a Universitat de València, Valencia, España

^b Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, España

^c Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España

Recibido el 16 de octubre de 2014; aceptado el 3 de abril de 2015

Disponible en Internet el 29 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Afrontamiento de la muerte;
Análisis factorial confirmatorio;
Fiabilidad;
Profesionales de cuidados paliativos

Resumen

Objetivo: Este estudio tiene un doble objetivo. En primer lugar, estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en una muestra nacional de profesionales de cuidados paliativos. En segundo lugar, comparar esta competencia de los profesionales frente a otros colectivos en los que se ha evaluado el afrontamiento de la muerte previamente.

Método: Diseño y emplazamiento: Mediante una encuesta *on-line* se invitó a participar a profesionales de cuidados paliativos de toda España. Participantes: 433 respondieron y 385 de estos cumplieron los criterios de inclusión. Mediciones principales: Se evaluó la competencia en afrontamiento de la muerte, autoconciencia, satisfacción y fatiga de la compasión y bienestar psicológico. Se llevaron a cabo estimaciones de consistencia interna, un análisis factorial confirmatorio para el estudio de la validez factorial y correlaciones con los constructos relacionados para conocer la validez predictiva del instrumento.

Resultado: Los análisis de fiabilidad mostraron un mal comportamiento psicométrico en 4 de los ítems de la escala, similar al que habían mostrado en estudios anteriores. Tras eliminarlos, se estimó y evaluó el análisis factorial confirmatorio con resultados adecuados. Las correlaciones con la autoconciencia y las dimensiones de calidad de vida y bienestar psicológico fueron todas en la dirección apuntada por la literatura.

Interpretación y conclusiones: Este estudio avala las adecuadas propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen en profesionales de la salud en el contexto de los cuidados paliativos.

© 2014 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: oliver@uv.es (A. Oliver).

KEYWORDS

Coping with death;
Confirmatory factor
analysis;
Reliability;
Palliative care
professionals

Confirmatory validation of the Coping with Death Scale in palliative care professionals**Abstract**

Aim: The aim of this study was twofold. First, to study the psychometric properties of the Coping with Death Scale in a nationwide sample of palliative care professionals. Second, to compare the competence of these professionals to other groups' coping with death competence previously assessed.

Method: Design and site: Through an on-line questionnaire, palliative care professionals from all over Spain were invited to participate. Participants: 433 completed the questionnaire and 385 meet the inclusion criteria. Measurements: Coping with death competence, self-awareness, compassion satisfaction and fatigue, and well-being were assessed. Internal consistency estimations, a confirmatory factor analysis for studying factorial validity, and correlations with other related constructs, in order to deepen in predictive validity were performed.

Results: Reliability analyses showed poor psychometric behaviour for 4 items of the scale, similar to the previously found in other studies. After removing these items, a confirmatory factor analysis was estimated and tested, with suitable results. Correlations with self-awareness and the dimensions of quality of life and psychological well-being were similar to those reported in the literature.

Interpretation and conclusions: This study supports the psychometric properties of Bugen's Coping with Death Scale in healthcare professionals in an emotionally exhausting context, such as that of palliative care.

© 2014 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Son bien conocidos los potenciales efectos adversos de la exposición diaria a la muerte que sufren los profesionales de paliativos. La falta de habilidades para integrar las muertes que presencian y el contacto continuado con las personas al final de la vida puede causarles gran malestar y estrés¹. Estudios recientes centrados en profesionales de cuidados intensivos indican la atención al dolor y la muerte como su principal factor de estrés².

Así pues, el contacto con el proceso de morir puede llevar a los profesionales a examinar sus propias ansiedades y preocupaciones ante la muerte³⁻⁶. Estas, conocidas como ansiedad ante la muerte, se refieren a la reacción emocional negativa provocada por la anticipación de la propia muerte⁷. La forma como los profesionales se enfrentan con el sufrimiento y el proceso de morir depende en gran medida de sus habilidades y recursos personales⁸.

Como competencia profesional, el afrontamiento ante la muerte se ha definido como las habilidades y capacidades que el profesional tiene para afrontar la muerte, así como sus actitudes y creencias sobre dichas capacidades⁹. Tal y como explican Claxton-Oldfield et al.¹⁰, los profesionales de cuidados paliativos deben ser capaces de hablar de la muerte y el proceso de morir, proveer soporte emocional para las personas al final de su vida y sus familias, o poder llevar a término asuntos prácticos como son el cuidado físico o los trámites funerarios. La ausencia de esta competencia puede comportar malestar emocional y *burnout*¹¹.

Diversas investigaciones se han centrado en la ansiedad ante la muerte y la competencia para su afrontamiento¹⁰. En un estudio de voluntarios de cuidados paliativos frente a

grupo control, Robbins⁹ observó cómo los encuestados con mayor experiencia en cuidados paliativos mostraban también una mayor competencia ante la muerte, aunque no se encontraron diferencias en la ansiedad. Amenta⁸, por su parte, sí encontró estas diferencias en ansiedad ante la muerte tras un programa de formación en afrontamiento. Wilkinson y Wilkinson¹² y Paradis y Usui¹³ estudiaron también cómo dichos programas afectaban a la competencia de afrontamiento ante la muerte, encontrándose cambios positivos. Existen, además, propuestas de formación en la etapa universitaria de los profesionales que tienen como objetivo la mejora de las habilidades necesarias para afrontar específicamente el proceso de morir¹⁴. En nuestro contexto más cercano, Schmidt-RioValle et al.¹⁵ explican cómo dichos programas pueden y, de facto, mejoran la capacidad de afrontamiento de la muerte de los profesionales y estudiantes de salud que participan en ellos. Estos autores llevaron a cabo un programa de formación de 45 h que aumentó la conciencia de las actitudes personales hacia la muerte, contribuyendo a la creación de una atmósfera en la que poder compartir y aceptar dichas actitudes. Resultados similares han sido encontrados por Marti-García et al.¹⁶, tras un curso de formación en cuidados paliativos. Parece conveniente, pues, la formación de los profesionales en esta competencia.

En la gran mayoría de estos trabajos, el instrumento de medida utilizado para evaluar la competencia de afrontamiento de la muerte ha sido la Escala de Afrontamiento de la Muerte (*Coping with Death Scale*)¹⁷. Bugen desarrolló este cuestionario con el objetivo de medir la mejora en la competencia ante la muerte después de atender a seminarios relacionados con el tema^{17,18}, de forma que la escala sirve para: a) medir los beneficios de una educación válida sobre

la muerte; b) supervisar si un seminario de educación sobre la muerte es eficaz; y c) enfatizar que el afrontamiento es una consecuencia deseable después de una experiencia de educación sobre la muerte. Se trata de una herramienta compuesta por 30 ítems que, hasta donde sabemos, es el único instrumento creado específicamente para el personal que trabaja en *hospice* y servicios de cuidados paliativos.

A pesar de su peculiaridad y relevancia, en nuestro idioma y contexto tan solo existe un estudio centrado en el instrumento, en el que la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen mostró ciertas peculiaridades cuando se utilizaba en su versión traducida¹⁹. Este estudio, centrado en universitarios, analizaba con técnicas exploratorias las propiedades psicométricas de la escala. El objetivo del presente trabajo es doble: 1) verificar estas propiedades con técnicas confirmatorias, en una muestra nacional y multidisciplinar de profesionales de cuidados paliativos, ofreciendo además información sobre dicha variable en esta población; y 2) comparar los niveles de afrontamiento de la muerte encontrados con los datos de los estudios realizados con anterioridad en nuestro contexto^{15,16}.

Materiales y método

Diseño, procedimiento y muestra

Encuesta transversal llevada a cabo entre profesionales de cuidados paliativos españoles. Los participantes fueron encuestados a partir de la lista de miembros de diferentes disciplinas de las 13 asociaciones autonómicas pertenecientes a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la mayor asociación de profesionales de paliativos en España. Desde sus unidades, los profesionales que accedieron a participar completaron una encuesta *on-line* que incluía datos sociodemográficos y una batería de test diseñados para medir autoconciencia, fatiga y satisfacción de la compasión, bienestar psicológico, autoconciencia y competencia de afrontamiento ante la muerte.

La totalidad de los miembros fueron invitados a participar (población = 1.309 profesionales). Dado que, por protección de datos, no se contó con el listado completo de miembros, se estimó la tasa de respuesta en base a las invitaciones enviadas. Esta tasa, calculada de forma conservadora, fue del 33,07% (433 respondieron), 385 de los cuales cumplieron los criterios de inclusión: a) estar actualmente trabajando en cuidados paliativos, y b) tener una experiencia profesional mínima en cuidados paliativos de 12 meses. Las características de la muestra pueden observarse en la [tabla 1](#).

Materiales

Las escalas que se incluyeron en las encuestas utilizadas en esta investigación fueron:

- Escala de Afrontamiento de la Muerte¹⁷. Para este estudio se utilizó la versión traducida por Schmidt¹⁹. Este cuestionario mide la competencia para manejar la muerte que tienen los profesionales y el conocimiento relacionado con sus preparativos. La medida está formada por 30 ítems, que puntúan en una escala con

Tabla 1 Características de la muestra

Media	DT
<i>Edad</i>	
46,84	8,87
Categorías	%
<i>Género</i>	
Mujeres	77,5
Hombres	22,5
<i>Profesión</i>	
Médicos	43,6
Enfermeros	33,2
Psicólogos	14,2
Trabajadores sociales	4,9
Auxiliares de enfermería	4,1
<i>Unidad o servicio</i>	
Unidad de cuidados paliativos en hospital	24,9
Cuidados paliativos en atención domiciliaria	26,5
Equipos de otras especialidades con prevalencia de pacientes paliativos	23,6
Unidad de cuidados paliativos en centro sociosanitario	12,5
Equipo de apoyo en hospital	9,9
<i>Hospice</i>	1,6
Cuidados paliativos pediátricos	1

formato tipo Likert, con anclajes que van de 1 («totalmente en desacuerdo») a 7 («totalmente de acuerdo»). Se obtiene una puntuación total en competencia en afrontamiento de la muerte a partir de la suma de todos los ítems, teniendo que invertir los ítems 1, 13 y 24, de forma que la puntuación total de los sujetos puede oscilar entre 30 y 210. Las propiedades psicométricas de esta escala, dado que son el objeto de estudio de esta investigación, se presentan a lo largo de la sección de resultados. El contenido de la escala puede consultarse en el [anexo 1](#).

- Escala de Autoconciencia y Atención Plena²⁰, en su versión española²¹. Se trata de una escala de 15 ítems que evalúa la autoconciencia o tendencia general a estar alerta y consciente de las experiencias de la vida diaria. Los ítems puntúan en una escala de tipo Likert, de 1 («casi siempre») a 6 («casi nunca»). La consistencia interna en esta muestra fue de .90.
- Escala ProQOL© versión IV²². Este instrumento mide la satisfacción con la compasión y la fatiga de la compasión de los profesionales mediante 3 subescalas: satisfacción de la compasión, *burnout* y trauma secundario. Cada subescala se compone de 10 ítems que puntúan en una escala de tipo Likert de 6 anclajes, de 0 («nunca») a 5 («siempre»). La consistencia interna en esta muestra fue de 0,77 para la satisfacción con la compasión, de 0,78 para la escala de trauma secundario y de 0,54 para la de *burnout*.
- Escalas de bienestar psicológico de Ryff²³. En su versión española²⁴ la escala evalúa, mediante 29 ítems, 6 dimensiones del bienestar psicológico: autoaceptación (tener una actitud positiva hacia uno mismo), relaciones

Tabla 2 Medias de las diferentes variables en función de las características sociodemográficas

Categorías	Afr30	Afr26	AC	SC	BO	TS	AA	REL	AUT	DE	CP	PV
<i>Género</i>												
Mujeres	161,01	141,59	4,62	51,20	25,57	22,53	4,99	5,06	4,41	4,96	5,43	5,02
Hombres	157,30	136,80	4,61	50,77	25,62	21,91	4,84	4,68	4,53	4,88	5,18	4,80
<i>Profesión</i>												
Médicos	156,76	137,30	4,49	50,23	26,78	23,34	4,85	4,84	4,33	4,82	5,26	4,89
Enfermeros	159,57	138,78	4,58	51,02	25,77	22,81	4,85	4,96	4,31	4,88	5,33	4,90
Psicólogos	174,17	152,24	4,95	53,48	23,27	18,90	5,33	5,36	4,86	5,29	5,69	5,26
Trabajadores sociales	152,21	138,41	4,71	50,18	25,41	23,17	5,19	5,13	4,59	5	5,39	5,15
Auxiliares de enfermería	155	142,50	5	53,27	22,66	20,66	5,04	5,01	4,54	5,16	5,46	4,92
<i>Unidad o servicio</i>												
Unidad de cuidados paliativos en hospital	162,14	141,20	4,72	51,57	25,75	22,34	5	4,88	4,30	5,03	5,39	5,10
Cuidados paliativos en atención domiciliaria	166,49	145,40	4,64	52,04	25,44	21,30	4,97	5,05	4,56	4,94	5,36	4,99
Equipos de otras especialidades con prevalencia de pacientes paliativos	158,74	139,91	4,48	50,58	25,64	23,30	4,96	5,05	4,41	4,92	5,39	4,95
Unidad de cuidados paliativos en centro sociosanitario	156,77	139,62	4,71	50,80	25,97	22,05	4,84	4,84	4,39	4,92	5,33	4,80
Equipo de Apoyo en Hospital	154,29	133,03	4,53	50,50	26,28	23,03	4,97	4,83	4,37	4,92	5,35	5
<i>Hospice</i>	156	131,60	4,05	48,75	27,50	24,75	4,65	5,10	4,20	4,44	5,26	4,48
Cuidados paliativos pediátricos	169,33	153	5	54	21	22	5,06	5	5,04	4,95	5,50	5,05

AA: autoaceptación; AC: autoconciencia; Afr26: competencia de afrontamiento de la muerte medido con la versión de 26 ítems que se presenta en este estudio; Afr30: competencia de afrontamiento de la muerte medido con la versión original de 30 ítems; AUT: autonomía; BO: burnout; CP: crecimiento personal; DE: dominio del entorno; PV: propósito en la vida; REL: relaciones positivas; SC: satisfacción con la compasión; TS: trauma secundario.

positivas con los demás (tener relaciones con otros satisfactorias y de calidad), autonomía (independencia y autodeterminación), dominio del entorno (manejo de la vida personal), crecimiento personal (estar abierto a nuevas experiencias) y propósito en la vida (creer que la vida tiene sentido). Los ítems puntúan en una escala de tipo Likert, que va de 1 («totalmente en desacuerdo») a 6 («totalmente de acuerdo»). Los alfas fueron, por orden, 0,83; 0,78; 0,59; 0,73; 0,81 y 0,85.

En la [tabla 2](#) se presentan las medias de estas variables en función de los datos sociodemográficos.

Análisis de datos

En primer lugar, se estudió la consistencia interna de la escala, a partir de sus estadísticos descriptivos, las correlaciones ítem-total corregidas así como el alfa total de la escala si se elimina el ítem. Tomando como punto de partida el trabajo de Schmidt¹⁹, junto con los resultados derivados de este estudio de los ítems de la escala, que apuntaban en la misma dirección, 4 ítems fueron eliminados de la escala y no se incluyeron en el resto de los análisis.

Con los 26 ítems restantes, se calcularon estadísticos descriptivos (media, desviación típica, puntuación mínima y máxima) para la puntuación total en competencia en afrontamiento de la muerte. Posteriormente, se estimó la consistencia interna de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach. El alfa es el índice más ampliamente usado y conocido por la comunidad científica para evaluar la fiabilidad de test y escalas, con valores de 0,70-0,79 considerados moderados, y estimaciones de 0,80 o superiores interpretadas como alta fiabilidad^{25,26}. Sin embargo, dadas las críticas que ha recibido, entre ellas ser límite inferior de la verdadera fiabilidad²⁷, se calcularon también los índices Rho y Glb.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio, para estudiar la validez de constructo de la escala. Se utilizó estimación por máxima verosimilitud con correcciones consistentes de los errores estándar y correlaciones policóricas, el método apropiado para datos ordinales no normales (coeficiente de Mardia estandarizado = 61,03)²⁸. Se mantuvo la estructura *a priori* de una dimensión, que explicaba los 26 ítems de la versión final de la escala. Para evaluar el ajuste del modelo, se utilizaron diversos criterios, tal y como recomienda la literatura²⁹: a) estadístico chi-cuadrado, que indica un ajuste perfecto entre la matriz de datos y el modelo cuando resulta estadísticamente no significativo³⁰; b) la chi-cuadrado relativa, que se calcula dividiendo la chi-cuadrado entre los grados de libertad con criterios de aceptación del modelo valores menores de 5³¹; c) el *Comparative Fit Index*³², con valores mayores de 0,90 para indicar un ajuste adecuado; y c) el *Root Mean Squared Error of Approximation*³³, que indica un ajuste justo cuando toma valores entre 0,08 y 0,05 y un ajuste adecuado cuando los valores son de 0,05 o menores³⁴. Aunque el estadístico chi-cuadrado fue estadísticamente significativo, lo cierto es que sufre de diversas limitaciones, siendo 2 especialmente relevantes para el caso que nos ocupa: 1) es sensible al tamaño muestral, siendo mayor la probabilidad de rechazar el modelo cuando la muestra es mayor,

Tabla 3 Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala

Ítem	M	DT	r total- elemento corregida	α si se elimina el elemento
1	6,20	1,39	0,13	0,90
2	5,08	1,66	0,48	0,89
3	4,33	1,97	0,40	0,90
4	5,02	1,83	0,51	0,89
5	4,96	1,82	0,49	0,89
6	5,67	1,30	0,55	0,89
7	3,52	2,22	0,09	0,91
8	4,46	1,71	0,53	0,89
9	4,37	1,66	0,57	0,89
10	5,60	1,34	0,54	0,89
11	5,21	1,74	0,53	0,89
12	4,80	1,73	0,20	0,90
13	4,42	1,96	0,10	0,91
14	5,70	1,40	0,58	0,89
15	5,58	1,33	0,57	0,89
16	5,71	1,48	0,49	0,89
17	6,16	1,28	0,48	0,89
18	5,31	1,67	0,54	0,89
19	6,13	1,40	0,55	0,89
20	5,07	1,38	0,57	0,89
21	5,07	1,48	0,53	0,89
22	6,10	1,06	0,66	0,89
23	4,48	1,81	0,47	0,89
24	4,94	1,66	0,06	0,91
25	6,24	1,20	0,62	0,89
26	5,89	1,20	0,69	0,89
27	6,00	1,28	0,66	0,89
28	5,72	1,16	0,70	0,89
29	6,17	1,15	0,67	0,89
30	6,07	1,22	0,57	0,89

como en este estudio; y 2) es un estadístico muy sensible a la violación de la asunción de normalidad multivariada, característica que también ocurre en estos datos³⁰. Por estas razones, y siguiendo con lo que proponen Wang y Wang³⁵, no se consideró el valor estadísticamente significativo de la chi-cuadrado como razón suficiente para rechazar el modelo.

Se estudió la validez predictiva a partir de las correlaciones entre la competencia de afrontamiento ante la muerte y el resto de las variables relacionadas (autoconciencia, satisfacción con la compasión y fatiga de la compasión y bienestar psicológico).

Finalmente, se calculó el promedio de puntuación en competencia de afrontamiento ante la muerte de los participantes en el estudio y se llevaron a cabo comparaciones con los estudios anteriores^{15,16} mediante pruebas *t* para muestras independientes.

Resultados

Consistencia interna

En primer lugar, el estudio de los ítems mostró comportamientos no adecuados en los ítems 1, 7, 13 y 24. Tal y como se puede observar en la [tabla 3](#), en los 4 casos la correlación

ítem-total de la escala no llegó a 0,20, mientras que el alfa de la escala aumentaba si se eliminaba el elemento (alfa de la escala con los 30 ítems=0,89). Dado que en el estudio previo de la versión en castellano de la escala la mayoría de estos ítems también habían mostrado poca consistencia con los demás, se decidió eliminarlos de la escala.

Una vez reducida la escala a 26 ítems, se calcularon los estadísticos descriptivos para la puntuación global de competencia de afrontamiento de la muerte, que mostró una media de 160,12 (DT=23,60), con puntuaciones que oscilaron entre 55 y 205. En cuanto a los indicadores de fiabilidad, el alfa fue de 0,92, el Rho tuvo un valor de 0,94 y el Glb 0,97. Todas las estimaciones indicaron una muy apropiada consistencia interna.

Validez factorial

En cuanto a la validez factorial, los resultados generales del modelo de ecuaciones estructurales estimado para los 26 ítems fueron también bastante adecuados, con una chi-cuadrado consistente de 1.305,41 con 299 grados de libertad, una chi-cuadrado relativa de 4,36; *Comparative Fit Index* =0,93 y *Root Mean Squared Error of Approximation* = .010 (intervalo de confianza del 90%: 0,09-0,11). Tomando lo ya expuesto con respecto al funcionamiento de la chi-cuadrado³⁵, no se consideró el valor estadísticamente significativo de la chi-cuadrado como razón suficiente para rechazar el modelo. El valor de la chi-cuadrado relativa y el del *Comparative Fit Index* sí fueron apropiados, y el del *Root Mean Squared Error of Approximation* lo fue moderadamente. En cuanto al ajuste analítico del modelo, las cargas factoriales superaron todas el mínimo de 0,30; excepto por el ítem 12 («Últimamente creo que está bien pensar en la muerte»), con un efecto estimado de 0,25. La mayor saturación fue la del ítem 29 («Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida»), con 0,84. El ajuste analítico puede observarse en la figura 1. De esta forma, la evidencia recogida ofreció apoyo a la estructura unidimensional propuesta por Bugen¹⁷.

Validez predictiva

Las correlaciones calculadas entre la competencia en el afrontamiento de la muerte y el resto de las variables relacionadas tuvieron el comportamiento esperado, siendo estas positivas cuando se trataba de la autoconciencia, la satisfacción con la compasión y las variables de bienestar psicológico, y negativa en los casos de los componentes de la fatiga de la compasión, el *burnout* y el trauma secundario. Los resultados pueden observarse en la tabla 4.

Comparación con otros estudios y valores normativos

Finalmente, se llevaron a cabo pruebas *t* para muestras independientes, con el objetivo de comparar los niveles de competencia en afrontamiento de la muerte de los participantes de este estudio frente a los de otras investigaciones llevadas a cabo en nuestro contexto^{15,16}. Se utilizó como puntuación a comparar la media obtenida a partir de la

Tabla 4 Correlaciones entre la competencia en el afrontamiento de la muerte y las variables relacionadas

	Afrontamiento de la muerte
Autoconciencia	0,324
Satisfacción con la compasión	0,414
<i>Burnout</i>	-0,410
Trauma secundario	-0,375
Autoaceptación	0,418
Relaciones positivas	0,283
Autonomía	0,357
Dominio del entorno	0,467
Crecimiento personal	0,330
Propósito en la vida	0,425

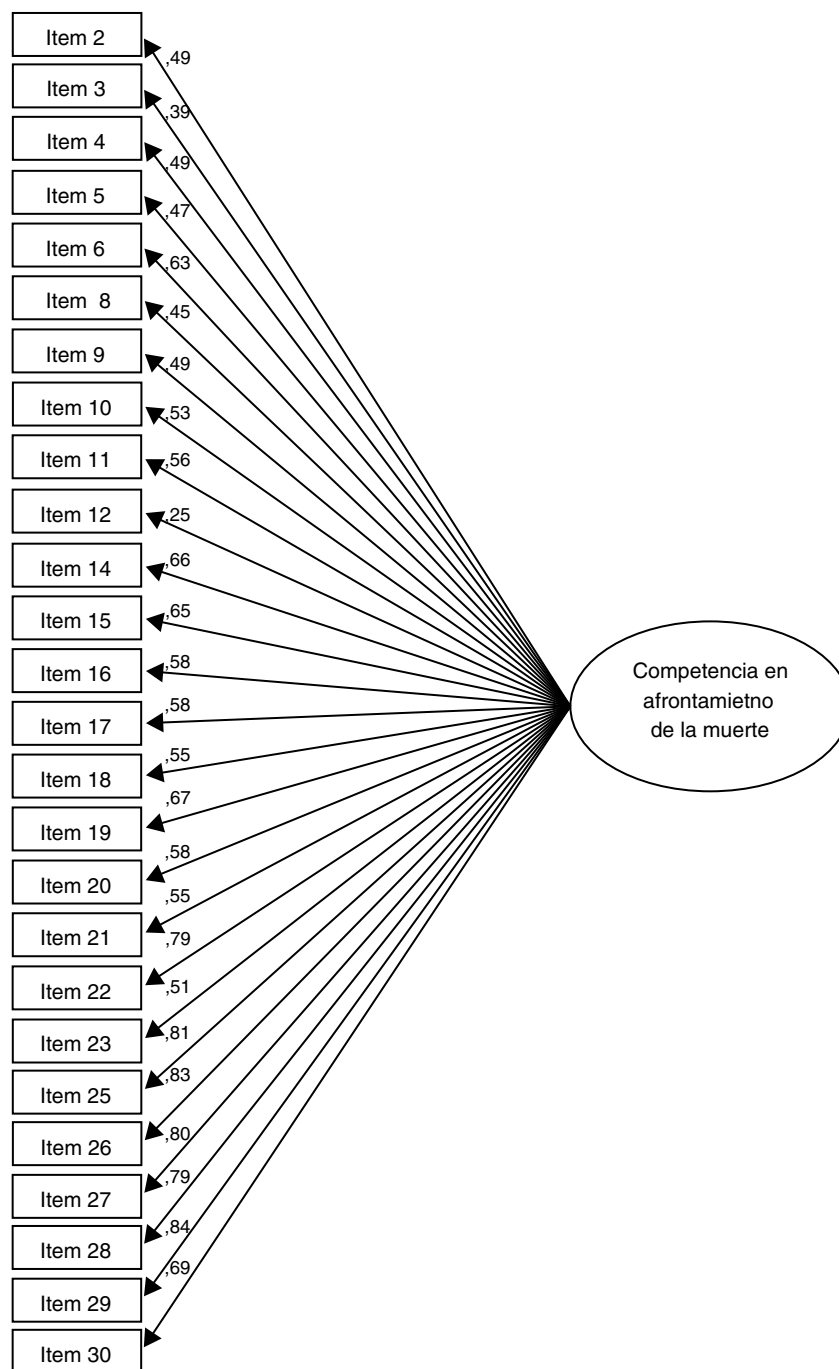
Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

versión de la escala de 26 ítems, en escala de 30 para poder llevar a cabo estas comparaciones. Los análisis mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de este colectivo y los encontrados por Schmidt-RioValle et al.¹⁵ antes de la intervención ($t(162)=16,21$; $p < 0,01$; $d=2,55$) y los de Marti-Garcia et al.¹⁶ tanto del grupo control como del experimental ($t(298)=35,72$; $p < 0,01$; $d=4,13$; y $t(105)=20,86$; $p < 0,01$; $d=4,07$, respectivamente), pero no cuando se comparaban con los resultados postintervención de Schmidt-RioValle et al.¹⁵ ($t(155)=1,48$; $p=0,14$; $d=0,23$). En la tabla 5 se pueden consultar los resultados detallados de los diferentes estudios.

Discusión

El afrontamiento ante la muerte, por su relación con aspectos como la vida laboral y la calidad de la atención de los profesionales, es una competencia que los profesionales deben tener. Aunque la Escala de Afrontamiento de la Muerte es la medida de referencia, no constan estudios de validación por procedimientos confirmatorios en muestras nacionales multicéntricas. Este estudio aporta, por primera vez, un análisis confirmatorio de su estructura y evidencia empírica sobre la comparación en esta competencia a través de diferentes colectivos.

Respecto a los resultados referentes a la fiabilidad, se observaron problemas con 4 ítems poco consistentes con el resto de la escala. Tres de ellos (1, 13 y 24) ya mostraron estos mismos problemas en el único estudio, con carácter exploratorio, realizado anteriormente sobre el instrumento¹⁹. Se trata de los únicos ítems invertidos, existiendo abundante literatura que apunta a los problemas de comprensión que generan este tipo de ítems^{36,37}. El cuarto ítem eliminado, el ítem 7 («Tener la seguridad de que morir no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida»), también mostró un comportamiento inadecuado (con una media muy inferior a la del resto de los indicadores [3,52], y una desviación típica mayor [2,22]). Probablemente se deba a que expresa contenidos con demasiada rotundidad, incorporando una doble aseveración con «tener la seguridad» y «no afecta de ninguna manera», lo que distorsiona su comprensión y amplía su variabilidad de respuesta. Una vez



Nota: Todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ($p < .01$).
Para mayor claridad, no se muestran los errores estándar.

Figura 1 Parámetros estandarizados del modelo de ecuaciones estructurales estimado para la versión de 26 ítems de la Escala de Afrontamiento de la Muerte.

Todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Para mayor claridad, no se muestran los errores estándar.

descartados los ítems que funcionaban mal, se estudió la fiabilidad de la escala, que mostró valores muy altos, en los 3 indicadores utilizados (alfa, Rho y Glb).

En segundo lugar, se procedió a validar, con medios confirmatorios, la estructura factorial del cuestionario. Los

resultados ofrecieron apoyo a la estructura unidimensional propuesta por el autor¹⁷.

Para terminar, se estudió la validez predictiva de la escala, encontrando evidencia externa de su relación con otros constructos íntimamente relacionados. Muchos

Tabla 5 Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala

Estudio	Grupo	M	DT	N
Schmidt-RioValle et al. (2012)	Preintervención	121,46	19,7	87
	Postintervención	158,16	20,6	87
Marti-Garcia et al. (2014)	Grupo control	91,32	15,07	107
	Grupo experimental	11,68	14,6	53
Estudio actual	Único momento temporal	161,99	25,50	363

autores han apuntado recientemente cómo la inadecuada formación de los profesionales es un factor estresor para ellos¹¹. Los resultados han mostrado una relación negativa de la competencia en afrontamiento de la muerte con el *burnout* y el trauma secundario de los profesionales, y positiva con la satisfacción con la compasión. En la misma línea, la autoconciencia³⁸⁻⁴¹ y el bienestar psicológico^{42,43} también se han relacionado en estos términos con el estrés en los profesionales de la salud, lo que indica una relación positiva con el resto de los factores protectores del estrés, como es la competencia en afrontamiento de la muerte. Los resultados de este estudio ofrecen evidencia de dichas relaciones.

Al comparar este colectivo de profesionales de cuidados paliativos frente a los de otros estudios^{15,16}, los resultados mostraron diferencias de gran tamaño entre los niveles en competencia en afrontamiento de la muerte. Se obtuvieron valores mayores para el colectivo del presente estudio, excepto en la comparación el grupo postintervención de Schmidt-RioValle et al. Los profesionales de cuidados paliativos de nuestro país, al menos los participantes en esta investigación, cuentan con altos niveles de afrontamiento de la muerte, similares a los que se consiguen tras cursos de formación específica. Estos niveles podrían deberse entre otras razones, al tipo de trabajo que conlleva el contexto de cuidados paliativos, en el que el contacto con la muerte es mayor que en otros ámbitos sanitarios. Futuras investigaciones podrían arrojar luz a este respecto.

De esta investigación se derivan 2 conclusiones: 1) las adecuadas propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen¹⁴ en profesionales de la salud en ámbitos con grandes exigencias emocionales como son los cuidados paliativos; y 2) estos profesionales presentan niveles adecuados de afrontamiento ante la muerte. Y como resaltan otros estudios recientes en español, esta capacidad es clave para los profesionales. Pensar en ella cuando sea necesario en lugar de evitarla, les permitirá mayor crecimiento personal, además de una mejor atención a los pacientes⁴⁴.

Entre las limitaciones del estudio, señalar posibles sesgos derivados del procedimiento de la encuesta. Dado que esta investigación se limita al contexto español de profesionales en cuidados paliativos, las líneas futuras deben orientarse a ampliar el estudio de esta competencia, tan relevante para su bienestar y calidad de vida, en otros contextos culturales y ámbitos profesionales de la salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido parcialmente financiada por la SECPAL y es fruto de un convenio entre esta y la Universitat de València. Laura Galiana es becaria del VLC-CAMPUS, Subprograma Atracció de Talent.

Anexo 1. Versión española de 27 ítems de la Escala de Afrontamiento de la Muerte

Numeración original	Nueva numeración	Contenido del ítem
2	1	Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir
3	2	La muerte es un área que se puede tratar sin peligro
4	3	Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias
5	4	Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos
6	5	Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano
8	6	Me siento preparado para afrontar mi muerte
9	7	Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir
10	8	Entiendo mis miedos respecto a la muerte
11	9	Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral
12	10	Últimamente creo que está bien pensar en la muerte
14	11	Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte

Numeración original	Nueva numeración	Contenido del ítem
15	12	Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir
16	13	Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual
17	14	Me importa más la calidad de vida que su duración
18	15	Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos
19	16	Sé con quién contactar cuando se produce una muerte
20	17	Seré capaz de afrontar pérdidas futuras
21	18	Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí
22	19	Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales
23	20	Sé cómo hablar con los niños de la muerte
25	21	Puedo pasar tiempo con los pacientes al final de la vida si lo necesitan
26	22	Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir
27	23	Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte
28	24	Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir
29	25	Me puedo comunicar con los pacientes al final de la vida
30	26	Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero

Bibliografía

- Sinclair S. Impact of death and dying on the personl lives and practices of palliative and hospici care professionals. *CMAJ*. 2011;183:180-7.
- Cumplido R, Molina C. Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos. *Med Paliat*. 2011;18:141-8.
- Barnard D. The promise of intimacy and the fear of our own undoing. *J Palliat Care*. 1995;11:22-6.
- Neimeyer RA. Suicide and hastened death: Toward a training agenda for counseling psychology. *Couns Psychol*. 2000;28:551-60.
- Benbunan-Bentata B, Alfaya Góngora MM, Chocrom S, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Roa Venegas JM. El impacto emotivo del hospital, implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de Enfermería. *Rev ROL Enferm*. 2007;28:675-82.
- Cruz Quintana F, García Caro MP, Schmidt Rio-Valle J, Navarro Rivera MC, Prados Peña D. Enfermería, familia y paciente terminal. *Rev ROL Enferm*. 2001;24:664-8.
- Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Stud*. 1996;20:343-65.
- Amenta MM. Death anxiety, purpose in life and duration of service in hospice volunteers. *Psychol Rep*. 1984;54:979-84.
- Robbins RA. Death competency: A study of hospice volunteers. *Death Stud*. 1992;16:557-69.
- Claxton-Oldfield S, Crain M, Claxton-Oldfield J. Death anxiety and death competency: The impact of a palliative care volunteer training program. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007;23:464-8.
- Holland JM, Neimeyer RA. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliat Support Care*. 2005;3:173-81.
- Wilkinson HJ, Wilkinson JW. Evaluation of a hospice volunteer training program. *J Death Dying*. 1987;17:263-75.
- Paradis LF, Usui WM. Hospice volunteers: The impact of personality characteristics on retention and job performance. *Hosp J*. 1987;3:3-30.
- Vogel L. Nursing schools to teach new ways to cope with death. *CMAJ*. 2011;183:428.
- Schmidt-RioValle J, Campos-Calderon CP, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Med Paliat*. 2012;19:113-20.
- Marti-Garcia C, Garcia-Caro MP, Schmidt-Rio Valle J, Fernández-Alcántara M, Montoya-Juárez R, Cruz-Quintana F. Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Med Paliat*. 2014; <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.007>.
- Bugen LA. Coping: Effects of death education. *J Death Dying*. 1980-81;11:175-83.
- Bugen LA. Human grief: a model for prediction and intervention. *Am J Orthopsychiatry*. 1977;47:196-206.
- Schmidt J. Validación de la versión española de la escala 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 no publicada, Universidad de Granada; 2007.
- Brown KW, Ryan RM. Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations From Experience. *Clin Psychol-Sci Pr*. 2003;11:242-8.
- Cebolla A1, Luciano JV, DeMarzo MP, Navarro-Gil M, Campayo JG. Psychometric properties of the Spanish version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:6.
- Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010.
- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57:1069-81.
- Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, van Dierendonck D. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006;18:572-7.
- Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assessment*. 1994;6:284-90.
- Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychol Assessment*. 1995;7:309-19.
- Raykov T. Behavioral scale reliability and measurement invariance evaluation using latent variable modeling. *Behav Therapy*. 2004;35:299-331.

28. Finney SJ, DiStefano C. Non-normal and categorical data in SEM. En: Hancock GR, Mueller RO, editores. *Structural Equation Modeling: A second course*. Greenwich: Information Age Publishing; 2006. p. 269–314.
29. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structu Equ Modeling*. 1999;6:1–55.
30. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, NY: Guilford Press; 2011.
31. Schumacker RE, Lomax RG. *A beginner's guide to structural equation modeling*. Second edition Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.
32. Bentler PM. Comparative fit indices in structural models. *Psychol Bull*. 1990;107:238–46.
33. Steiger JH, Lind C. Statistically based tests for the number of common factors. Communication presented at the Annual Meeting of the Psychometric Society; 1980.
34. Byrne BM. *Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1998.
35. Wang J, Wang X. *Structural Equation Modeling. Applications Using Mplus*. West Sussex, UK: Wiley; 2012.
36. Tomás JM, Sancho P, Oliver A, Galiana L, Meléndez JC. Efectos de método asociados a ítems invertidos vs. ítems en negativo. *Rev Mex Psicol*. 2012;29:105–15.
37. Tomás JM, Oliver A, Galiana L, Sancho P, Lila M. Explaining Method Effects Associated With Negatively Worded Items in Trait and State Global and Domain-Specific Self-Esteem Scales. *Structu Equ Modeling*. 2013;20:299–313.
38. Cole R. Meditation in palliative care—a practical tool for self-management. *Palliat Med*. 1997;11:411–3.
39. Dobkin PL. Mindfulness and whole person care. En: Hutchinson TA, editor. *Whole person care: A new paradigm for the 21st Century*. LLC: Springer Science; 2011. p. 69–82.
40. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999;282:833–9.
41. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. *JAMA*. 1997;278:502–9.
42. Chang EM, Daly J, Hancock KM, Bidewell JW, Johnson A, Lambert VA, Lambert CE. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian Nurses. *J Prof Nurs*. 2006;22:30–8.
43. Lambert VA, Lambert CE. Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nurs Health Sci*. 2001;3:161–72.
44. Ascencio L, Allende SR, Verastegui E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*. 2014;11: 101–15.