



ORIGINAL

Diferencias en las actitudes ante la muerte entre población general y profesionales sanitarios

Suhaira María Ortiz Roldán*¹, Helena García-Llana² y Teresa Sánchez-Gutiérrez³

¹Máster Psicología General Sanitaria. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Logroño, La Rioja, España.

²Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Logroño, La Rioja, España. ³Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba. Córdoba, España.

Recibido el 23 de enero de 2024

Aceptado el 4 de abril de 2024

PALABRAS CLAVE

Miedo a la muerte, ansiedad ante la muerte, actitudes hacia a muerte, personal sanitario.

Resumen

Objetivo: Evaluar las diferencias entre la población general y los profesionales sanitarios en relación con el miedo y ansiedad ante la muerte, y estudiar las relaciones entre variables.

Método: Estudio transversal a una muestra de 1035 personas, de las cuales 676 fueron profesionales sanitarios. El protocolo de evaluación incluyó los instrumentos validados de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (CLFDS) y de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS), y un cuestionario de recogida de información sociodemográfica.

Resultados: Los profesionales sanitarios presentan mayor miedo al propio proceso de morir ($p = 0,29$) con relación a la población general. Los profesionales sanitarios con un nivel preuniversitario han sido los que mayores puntuaciones han obtenido en miedo a la propia muerte ($p = 0,015$), al propio proceso de morir ($p = 0,034$) y al proceso de morir de otro ($p = 0,019$), coincidiendo con el grupo de auxiliares de enfermería. Existen variables sociodemográficas: sexo (mujer), estado civil (los casados o en pareja) relacionadas con mayor miedo a la muerte de otros. Se obtiene una correlación significativa indirecta entre la edad y el miedo a la propia muerte en ambos grupos.

Conclusión: El miedo y la ansiedad ante la muerte están presentes de manera moderada tanto en población general, como en profesionales sanitarios. Son necesarios espacios educativos formales, especialmente en itinerarios profesionales preuniversitarios, así como en universitarios e intervenciones comunitarias que garanticen una relación más serena con el morir.

*Autor para correspondencia:

Suhaira María Ortiz Roldán

Universidad Internacional de La Rioja. Avda. de la Paz, n.º 137. 26006, Logroño, España

Correo electrónico: suhairaortizroldan@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2024.1465/2024>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Differencing attitudes linked to death between the general population and healthcare professionals

KEYWORDS

Fear of death, death anxiety, death attitudes, healthcare professionals.

Abstract

Objective: To assess the differences between the general population and healthcare professionals in relation to fear and anxiety about death, and to study relations among variables

Method: Cross-sectional study of a sample of 1035 people, 676 of whom were healthcare professionals. The assessment protocol included the validated Collett-Lester Fear of Death (CLFDS) and Templer Death Anxiety (DAS) instruments, and a questionnaire to collect socio-demographic information.

Results: Healthcare professionals have greater fear of the dying process itself ($P = .29$) in relation to general population. Healthcare professionals with a pre-university level have obtained the highest scores in fear of their own death ($P = .015$), their own dying process ($P = .034$) and the dying process of another ($P = .019$) coinciding with the group of nursing assistants. There are sociodemographic variables: sex (woman), marital status (married or in a relationship) related to greater fear of the death of others. A significant indirect correlation was obtained between age and fear of one's own death in both groups.

Conclusions: Fear and anxiety about death are present in a moderate way both in the general population and in health professionals. Formal educational spaces are necessary, especially in pre-university professional itineraries, as well as in universities, and community interventions that guarantee a more calm relationship with dying.

Ortiz Roldán SM, García-Llana H, Sánchez-Gutiérrez T. Diferencias en las actitudes ante la muerte entre población general y profesionales sanitarios. *Med Paliat.* 2024;31:32-39.

INTRODUCCIÓN

Hasta mediados del siglo pasado generalmente la muerte se afrontaba en el domicilio familiar, haciendo que se viviera como algo común al proceso vital. Así, la muerte se abordaba como el punto final de la vida, no como una amenaza ni con extrañeza. Por el contrario, desde hace algunas décadas hemos conferido a la muerte y al morir algunos de nuestros más impronunciados temores, apartándola del día a día, de nuestros hogares e incluso de nuestro lenguaje¹, desterrándola al universo de la cultura hospitalaria², donde los tratamientos y cuidados son proporcionados por equipos interdisciplinarios en centros hospitalarios³.

Las reacciones de miedo y ansiedad son las respuestas emocionales mayormente asociadas a la muerte en la cultura occidental. Estas actitudes van a depender de factores como el hecho de si se trata de la muerte propia o ajena, de que el fallecido sea un familiar, amigo o allegado¹; de cualquier manera, incluso pueden surgir estas respuestas con el simple hecho de imaginar, pensar o hablar de la muerte⁴.

De esta forma, la ansiedad ante la muerte es un constructo complejo que se relaciona con variables demográficas, rasgos de personalidad, además de con las circunstancias del entorno⁵. Así, las investigaciones en las que se ha anali-

zando este constructo y su relación con variables como edad, género, estado civil y nivel de estudios no han obtenido resultados homogéneos⁶.

Por su parte, los profesionales sanitarios son un grupo poblacional que ha despertado gran interés en el estudio de este constructo psicológico debido a su relación directa con el proceso de morir⁶. El hecho de enfrentarse diariamente, en su entorno laboral, al dolor, la pérdida y el sufrimiento de los pacientes puede hacer que este colectivo se sienta más vulnerable frente a la muerte, pudiendo esto tener efectos en el cuidado de los pacientes⁷.

Así, trabajos recientes concluyen que estudiantes de enfermería obtienen puntuaciones de moderadas a altas en miedo a la muerte⁸, coincidiendo con los resultados de otros estudios realizados en la misma población^{9,10}, y similares a los obtenidos en otros llevados a cabo entre estudiantes de medicina^{11,12}. Además, otros estudios han encontrado que la ansiedad ante la muerte parece ser un predictor del estrés postraumático en médicos forenses coreanos¹³, así como el estrés en el trabajo mantiene una relación significativa con la ansiedad ante la muerte en muestras de ginecólogos y oncólogos¹⁴. En relación con el proceso de comunicación entre profesional y paciente, Viswanathan¹⁵ observó que la ansiedad ante la muerte se relacionaba de manera significativa con el modo en que los médicos comunicaban la muerte inesperada a las familias. Por su parte, Kvale y cols.¹⁶ concluyeron que aquellos

médicos residentes que se mostraban más incómodos ante pacientes que sufrían agonía, presentaban mayores niveles de ansiedad ante la muerte.

Por otro lado, Sliter y cols.¹⁷ comprobaron que la presencia de ansiedad ante la muerte en una muestra de enfermeras se relacionaba con un mayor *burnout* y agotamiento cuando se enfrentaban a situaciones en las que estaba presente la muerte. Por su parte, Peters y cols.⁷ analizando algunos estudios realizados hasta 2012 sobre las actitudes ante la muerte de las enfermeras se percataron de que aquellas que trabajaban en cuidados paliativos, oncología general, renal y atención comunitaria presentaban niveles moderados-bajos de ansiedad ante la muerte, siendo las enfermeras más jóvenes las que tenían mayor ansiedad. Concluyeron que, en casi la totalidad de los trabajos, conforme aumentaba la ansiedad ante la muerte en la muestra, la aptitud para cuidar de pacientes terminales disminuía. La era COVID no ha hecho más que poner de manifiesto el aumento de miedo a la muerte de los profesionales sanitarios ante el proceso de morir¹⁸.

El objetivo de este estudio es comparar las actitudes ante la muerte entre la población general y los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El diseño fue de tipo observacional y transversal.

Población

La población con la que se contó para realizar la investigación fue cualquier persona que, mediante un diseño de bola de nieve, teniendo acceso a un dispositivo con internet, mayor de 18 años, estando en sus plenas capacidades mentales, que entendiese el idioma español y que aceptase el consentimiento informado quisiese formar parte. Por ello, la muestra se centró en aquel conjunto de la población hispanohablante que cumplierse con esas características.

De este modo, el número de personas que iniciaron la encuesta fue 1170, de las cuales 135 quedaron descartadas por motivos como no aceptar el consentimiento informado o haber dejado inacabado el proceso.

Procedimiento

La recogida de información se realizó de manera digital a través de un cuestionario de acceso online por medio del software de formularios de Google en el que, en primer lugar, para poder participar, se debía aceptar el consentimiento informado aprobado por la Comisión ética de la Universidad Internacional de La Rioja. En el caso de no aceptar dicho consentimiento, el participante era excluido de la investigación y el cuestionario se cerraba automáticamente. En este documento quedaba garantizada la confidencialidad de los participantes al ser completamente anónimo y por el carácter telemático de la recogida y posterior procesamiento de datos.

El proceso de difusión del enlace al cuestionario se llevó a cabo durante la segunda semana de octubre de 2021, en el contexto sociosanitario de la pandemia del COVID-19, manteniéndose activo durante 9 días completos y haciendo promoción de manera diaria. Para ello, se aprovechó el alcance de las redes sociales (WhatsApp, Instagram, Facebook, Twitter o LinkedIn) y se difundió un mensaje de colaboración altruista y anónima para el estudio. Además, para poder conseguir alcance de la muestra de personal sanitario, se contactó con 5 divulgadores sanitarios a través de Instagram para que lo compartiesen con sus seguidores a lo largo de los días que estuvo activa la difusión.

Instrumentos

Todos los participantes respondieron a un breve cuestionario de recogida de información sociodemográfica y a las 2 escalas elegidas para medir el miedo (Escala de Miedo a la Muerte de Collett y Lester [CLFDS, del inglés *Collett-Lester Fear of Death Scale*]) y la ansiedad ante la muerte (Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer [DAS, del inglés *Death Anxiety Scale*]). La participación suponía un intervalo de tiempo de entre 7 y 10 min.

Para la información sociodemográfica, se empleó un cuestionario elaborado *ad hoc* en el que se incluían los datos de edad, género, estado civil, nivel de estudios y profesional sanitario sí/no. En el caso de que la persona fuese profesional sanitario, debía señalar si su ocupación laboral pertenecía a alguna de las opciones dadas (auxiliar de enfermería, enfermero/a, médico/a o interno residente de medicina o enfermería, otros) y, si era así, debía señalar los años de experiencia en esa ocupación (menos de 1 año, de 1 a 5 años y más de 5 años).

Con respecto a la CLFDS¹⁹ presentada por Tomás-Sábado y cols. en 2007²⁰, distingue entre la muerte y el proceso de morir, tanto de uno mismo como de los demás, constando así de 4 subescalas: miedo a la propia muerte, miedo al propio proceso de morir, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros. Tiene un total de 28 ítems de respuesta tipo Likert en una escala de 1 (nada) a 5 (mucho), y cuya puntuación es obtenida por la suma de las puntuaciones de cada una de las subescalas. A mayor puntuación, mayor miedo a la muerte en todas las subescalas.

La versión española de la DAS²¹ llevada a cabo por Tomás-Sábado y cols. en 2002²² consta de 15 ítems de respuesta dicotómica de verdadero o falso, de los cuales 9 (1, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14) puntúan verdadero y los 6 restantes (2, 3, 5, 6, 7 y 15) puntúan falso, haciendo que el rango de puntuaciones oscile entre 0 y 15. A mayor puntuación, mayor ansiedad ante la muerte en todas las subescalas.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics, versión 28.0. En la comparación de las medias de los diferentes grupos se usaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis. La relación entre el miedo a la muerte, la ansiedad ante la muerte y la

edad se estudió a través del coeficiente de correlación de Spearman. En todos los análisis realizados se utilizó un intervalo de confianza del 95 % (nivel de significación, $\alpha = 0,05$).

Aspectos éticos

Se contó con la autorización de la comisión de ética para la investigación de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR), n.º 2021_1217.

RESULTADOS

El total de participantes fue de 1035 personas, cuyas edades estaban comprendidas entre los 16 y los 79 años ($M = 37,14$; $DT = 12,78$). Respecto al género, el 79,2 % ($N = 820$) de las personas de la muestra se identificaban con el género femenino, el 20,6 % ($N = 213$) con el masculino, y tan solo un 0,2 % ($N = 2$) se identificaba con otro género distinto a los anteriores.

Por otro lado, el 34,7 % ($N = 359$) de los participantes fueron personas de la población general y el 65,3 % ($N = 676$) corresponde a personas que trabajaban como profesionales sanitarios.

Respecto a la consistencia interna de los 2 instrumentos utilizados, se consiguió un coeficiente alfa de Cronbach para la subescala miedo a la propia muerte del CLFDS de 0,81,

de 0,84 para miedo al propio proceso de morir, de 0,78 para miedo a la muerte de otros y de 0,83 para miedo al proceso de morir de otros. Por su parte, la escala DAS obtuvo una consistencia interna estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0,71.

Por su parte, se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas de ambos grupos muestrales, que se presentan en la Tabla I y en la Tabla II. Así, para la variable género, tanto en la población general como en los profesionales sanitarios, el grupo de mujeres fue el que obtuvo puntuaciones estadísticamente significativas más altas en ansiedad y miedo a la muerte en todas las subescalas (excepto en la subescala de miedo a la muerte de otros) (Tabla I). En relación con el estado civil, cabe destacar que los casados o en pareja fueron los que mayor puntuación media obtuvieron en miedo a la muerte de otros (población general: $p = 0,045$; profesionales sanitarios: $p = 0,001$). En los profesionales sanitarios, los casados o en pareja también tuvieron una media estadísticamente significativa superior en miedo a la propia muerte ($p = 0,003$). Las personas con estudios preuniversitarios de este grupo fueron las que obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en el miedo a la propia muerte ($p = 0,015$), al propio proceso de morir ($p = 0,034$) y al proceso de morir de otros ($p = 0,019$). Este aspecto coincide parcialmente cuando se tiene en cuenta la ocupación, ya que el grupo de auxiliares de enfermería fue el que, de manera significativa, tuvo mayor miedo a la propia muerte ($p = 0,006$), al propio proceso de morir ($p = 0,010$) y ansiedad ante la muerte ($p = 0,045$).

Tabla I. Diferencias en las variables sociodemográficas de la población general.

		Escala de Miedo a la Muerte (CLFDS)								Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)		
		Propia muerte		Propio proceso de morir		Muerte otros		Proceso de morir de otros		\bar{x} (DT)	Estad. p	
		N (%)	\bar{x} (DT)	Estad. p	\bar{x} (DT)	Estad. p	\bar{x} (DT)	Estad. p	\bar{x} (DT)			Estad. p
Población general N = 359												
Género*	Femenino	237 (66)	21,08 (7,03)	$Z = -3,09$ 0,002	26,49 (6,33)	$Z = -3,94$ < 0,001	27,32 (5,47)	$Z = -1,78$ 0,075	26,28 (5,63)	$Z = -2,12$ 0,034	8,19 (3,09)	$Z = -3,57$ < 0,001
	Masculino	121 (33,7)	18,59 (6,29)		23,94 (5,98)		26,23 (5,75)		25,06 (5,63)		6,88 (2,88)	
Estado civil	Soltero	122 (34)	20,23 (6,52)	$H = 2,97$ 0,396	25,65 (5,88)	$H = 2,34$ 0,504	27,07 (5,09)	$H = 8,03$ 0,045	25,89 (4,84)	$H = 0,59$ 0,904	8,10 (3,1)	$H = 1,97$ 0,578
	Casado o en pareja	202 (56,3)	20,55 (6,97)		25,41 (6,66)		27,27 (5,77)		25,84 (6,07)		7,51 (3,03)	
	Divorciado	28 (7,8)	18,57 (7,65)		27,36 (5,31)		24,96 (5,87)		26,07 (5,82)		8 (3,24)	
	Viudo	7 (1,9)	19 (7,72)		24,86 (7,2)		23,29 (5,02)		25,71 (6,47)		7,71 (3,55)	
Nivel de estudios	Preuniversitarios	121 (33,7)	19,83 (7,19)	$H = 2,07$ 0,355	25,99 (6,86)	$H = 1,28$ 0,525	27,33 (6,26)	$H = 2,93$ 0,231	26,63 (5,84)	$H = 4,3$ 0,116	7,59 (3,07)	$H = ,508$ 0,776
	Universitarios	119 (33,1)	20,09 (6,53)		25,53 (6,26)		26,45 (5,29)		25,73 (5,45)		7,77 (3,05)	
	Postuniversitarios	119 (33,1)	20,86 (6,92)		25,37 (5,8)		27,05 (5,11)		25,24 (5,58)		7,90 (3,14)	

CLFDS: Collett-Lester Fear of Death Scale. DAS: Death Anxiety Scale.

*Queda excluido el grupo "Otro género" por tener una muestra muy pequeña. Solo se tendrá en cuenta el género femenino y masculino.

Tabla II. Diferencias en las variables sociodemográficas del personal sanitario.

Personal sanitario N = 676	Escala de Miedo a la Muerte (CLFDS)												Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)	
	Propia muerte				Muerte otros				Proceso de morir de otros				\bar{x} (DT)	Estad. P
	N (%)	\bar{x} (DT)	Estad. P		\bar{x} (DT)	Estad. P			\bar{x} (DT)	Estad. P				
Género*	Femenino	583 (86,2)	21,32 (6,72)	Z = -2,86 0,004	26,91 (5,94)	Z = -4,24 < 0,001	26,10 (5,40)	Z = -3,32 < 0,001	23,19 (5,66)	Z = -1,81 0,070	7,51 (2,86)	Z = -3,40 < 0,001		
	Masculino	92 (13,6)	19,08 (6,36)		24,07 (6,1)		24,11 (5,39)		21,87 (5,87)		6,30 (2,57)			
Estado civil	Soltero	236 (34,9)	20,64 (6,67)		25,67 (6,03)		24,94 (5,67)		22,24 (5,79)		7,14 (2,74)			
	Casado o en pareja	407 (60,2)	21,57 (6,72)	H = 14,2 0,003	27,10 (5,91)	H = 11,11 0,011	26,48 (5,28)	H = 15,47 0,001	23,50 (5,66)	H = 9,78 0,020	7,55 (2,88)	H = 5,58 0,134		
	Divorciado	26 (3,8)	16,85 (6,1)		24,92 (7,32)		23,88 (4,79)		22,08 (5,61)		6,38 (3,32)			
Viudo		7 (1)	18,43 (4,79)		28,86 (5,01)		26,43 (4,89)		26 (2,89)		6,86 (2,41)			
	Preuniversitario	71 (10,5)	22,51 (7,25)		27,90 (5,90)		26,94 (5,84)		24,82 (5,87)		7,69 (2,89)			
	Universitario	364 (53,8)	21,39 (6,58)	H = 8,45 0,015	26,77 (5,70)	H = 6,76 0,034	25,88 (5,21)	H = 4,13 0,127	22,96 (5,37)	H = 7,89 0,019	7,47 (2,80)	H = 3,13 0,209		
Postuniversitario		241 (35,7)	20,06 (6,69)		25,78 (6,49)		25,46 (5,66)		22,60 (6,09)		7,08 (2,91)			
	Auxiliar de enfermería	72 (10,7)	22,58 (7,41)		28,31 (5,85)		27,25 (5,68)		24,39 (5,86)		7,92 (2,9)			
	Enfermero/a	472 (69,8)	21,37 (6,56)	H = 12,63 0,006	26,67 (5,86)	H = 11,25 0,010	25,84 (5,45)	H = 6,266 0,099	22,68 (5,72)	H = 5,798 0,122	7,41 (2,84)	H = 8,042 0,045		
Médico/a		60 (8,9)	18,67 (6,03)		25,42 (6,14)		25,32 (4,53)		23,28 (5,71)		6,57 (2,51)			
	Interno/a residente	16 (2,4)	20,12 (4,27)		24,50 (6,11)		26,25 (6,64)		23,25 (5,50)		6,81 (2,17)			
	Menos de 1 año	47 (7,6)	21,87 (6,71)		25,40 (5,9)		26,57 (6,03)		22,26 (6,09)		7,53 (3,22)			
Años de experiencia**	De 1 a 5 años	192 (31)	21,67 (6,4)	H = 1,924 0,382	26,33 (5,64)	H = 5,599 0,061	26,18 (5,33)	H = 2,187 0,335	22,86 (5,53)	H = 0,738 0,691	7,49 (2,84)	H = 0,558 0,757		
	Más de 5 años	381 (61,5)	20,91 (6,72)		27,02 (6,06)		25,78 (5,42)		23,08 (5,81)		7,29 (2,75)			

CLFDS: Collett-Lester Fear of Death Scale. DAS: Death Anxiety Scale.

*Queda excluido el grupo "Otro género" por tener una muestra muy pequeña. Solo se tendrá en cuenta el género femenino y masculino.

**En las variables "Ocupación" y "Años de experiencia" hay una muestra de 56 personas que, aunque son profesionales sanitarios, no tienen ninguna de las profesiones señaladas, por tanto, son eliminadas de las pruebas realizadas para estas 2 variables.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la población general y los profesionales sanitarios en la escala DAS ($p < 0,033$) y en todas las subescalas de la CLFDS (miedo al propio proceso de morir: $p < 0,029$ y miedo a la muerte de otros y al proceso de morir de otros: $p < 0,001$), excepto en la subescala de miedo a la propia muerte (Tabla III).

El análisis de correlación (Tabla IV) muestra que, en el grupo de población general, la relación entre la edad de los participantes y el miedo a la propia muerte fue indirecta y estadísticamente significativa ($r = -0,166$; $p = 0,002$). El mismo tipo de relación es observada en el grupo de profesionales sanitarios ($r = -0,079$; $p = 0,040$). El detalle de las relaciones entre variables se puede observar en la Tabla IV.

DISCUSIÓN

Este estudio plantea una cuestión inicial sobre si existen diferencias en el miedo a la muerte entre profesionales de la salud y personas de a pie, y se ha encontrado que la

población general tiene mayor ansiedad ante la muerte, mayor miedo a la muerte de otros y al proceso de morir de otros. Sin embargo, de manera contraria a lo que se esperaba obtener, el personal sanitario tiene puntuaciones superiores en el miedo al propio proceso de morir. En cambio, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos para el miedo a la propia muerte. Por su parte, investigaciones similares exponen que los profesionales de la enfermería presentan miedo moderado-alto en la ansiedad ante la muerte en diferentes contextos latinos-mediterráneos^{8,11,12}.

Dados estos resultados, es preciso conocer el contexto sociosanitario en el que se realizó este trabajo, ya que debido a la amenaza real que hemos estado lidiando durante meses por la pandemia de la COVID-19, es posible que, como comenta Tomás-Sábado²³, todas las alertas de nuestros miedos se hayan encendido. Tal es así que, el hecho de haber encontrado que la población general haya sido el grupo que mayor ansiedad ante la muerte, mayor miedo a la muerte de otros y al proceso de morir de otros tiene, hace ver lo distanciadas que nos encontramos las personas hoy en día de la muerte.

Tabla III. Diferencias entre población general y personal sanitario.

Variables		Muestra total N = 1035		Población general N = 359		Personal sanitario N = 676		Prueba U de Mann-Whitney	
		Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Estad.	p
CLFDS	Propia muerte	20,76 (6,79)	7 35	20,26 (6,88)	7 35	21,03 (6,73)	7 35	-1,81	0,070
	Propio proceso de morir	26,22 (6,15)	7 35	25,63 (6,31)	7 35	26,54 (6,04)	7 35	-2,18	0,029
	Muerte otros	26,22 (5,52)	7 35	26,95 (5,58)	7 35	25,84 (5,45)	7 35	-3,31	<0,001
	Proceso de morir de otros	24,02 (5,845)	7 35	25,87 (5,641)	7 35	23,03 (5,714)	7 35	-7,79	< 0,001
DAS		7,49 (2,936)	0 15	7,75 (3,079)	0 15	7,35 (2,850)	0 15	-2,13	0,033

CLFDS: Escala de Miedo a la Muerte de Collett y Lester (Collett-Lester Fear of Death Scale). DAS: Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (Death Anxiety Scale).

Tabla IV. Correlación entre la edad y el miedo y la ansiedad ante la muerte.

		Escala de Miedo a la Muerte (CLFDS)					Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)
		Rho de Spearman	Propia muerte	Propio proceso de morir	Muerte de otros	Proceso de morir de otros	
Edad	Población general	Coefficiente de correlación	-0,166	0,037	-0,093	0,039	-0,101
		Sig. (bilateral)	0,002	0,483	0,077	0,461	0,056
	Profesionales sanitarios	Coefficiente de correlación	-0,079	0,104	-0,055	0,098	-0,027
		Sig. (bilateral)	0,040	0,007	0,151	0,011	0,484

La epidemia requirió aislar a enfermos graves en sus últimos días de vida. La excelencia profesional de muchos evitaba que murieran solos, pero miles fallecieron sin la cercanía de sus seres queridos ni la asistencia a sus necesidades espirituales y religiosas, un derecho proclamado en regulaciones legales autonómicas y nacionales. La limitación excepcional de este y otros derechos, sin duda, pone a los profesionales sanitarios en una desprotección frente a acompañar el proceso de morir²⁴.

Por su parte, que el colectivo de profesionales sanitarios tenga puntuaciones superiores en el miedo al propio proceso de morir puede deberse al hecho inherente de enfrentarse en su día a día a muertes de diversa índole y de dispares causas. De ahí que, como señalan Sliter y cols.¹⁷, sea preciso entender las actitudes ante la muerte en el lugar de trabajo, sobre todo en aquellos profesionales habituados a la mortalidad. En este colectivo puede ser necesario el asesoramiento profesional y la educación para la muerte, ya que la tensión psicológica, emocional y espiritual que presentan los trabajadores puede ser causa de este enfrentamiento continuo con la muerte²⁵. No es de extrañar por tanto que, como indican Edo-Gual y cols.²⁶, los profesionales de enfermería relaten que este contacto diario con el sufrimiento y la muerte es una de las prácticas más estresantes que tienen que afrontar en su quehacer laboral, debido a que la muerte del otro les evidencia la certeza, lo irreversible y universal de esta.

Algunos estudios muestran que, cuanto más miedo se tiene tanto hacia la muerte propia como hacia la de otros, menos favorables son las actitudes que se muestran hacia el cuidado de los pacientes al final de su vida²⁷. Por eso, es relevante conocer las variables que pueden afectar a los profesionales de la salud en el cuidado de pacientes, ya que las actitudes adecuadas ante la muerte son vitales para el manejo adecuado de los enfermos en esta situación^{27,28}.

En cambio, la ansiedad ante la muerte se puede ver reducida debido, no solo a los conocimientos adquiridos sobre la temática, sino a las experiencias adquiridas por la persona⁶. Como señalan ciertos estudios, los profesionales sanitarios que se sienten competentes y afrontan la muerte de manera adecuada son más eficaces en su trabajo²⁹.

Centrando la atención en los resultados obtenidos por los auxiliares de enfermería, parece indicar que se manifiestan como grupo vulnerable en este ámbito y debemos dedicar esfuerzos formativos a dotar a este colectivo de estrategias y recursos tanto relacionales como emocionales para el manejo de la muerte propia y ajena. Estos resultados concuerdan con otros estudios en los que se encontró que las personas muestran peores actitudes ante la muerte conforme menor nivel formativo poseen^{8,30-32}.

En el contexto de la asistencia sanitaria, el conocimiento de la tecnología médico-biológica sirve de poco si no se contemplan los factores interpersonales del acto asistencial como son la comunicación, el soporte emocional, o el manejo de situaciones difíciles relacionadas con la muerte³³. En esta línea, se ha encontrado que la formación en procesos comunicativos adecuados tiene múltiples beneficios para el paciente y su familia, ya que incrementa el nivel de satisfacción³⁴ y mejora la precisión y la rapidez en el diagnóstico³⁵. Además, disponer de estas habilidades es beneficioso para el profesional, pues disminuye su riesgo de sufrir depresión o *burnout*³⁶.

La limitación más característica a la hora de realizar esta investigación ha sido la situación de pandemia por la COVID-19 que ha impedido la recogida de información en

personas de edades avanzadas que no dispusiesen de un dispositivo para poder formar parte de la muestra. Otras limitaciones tienen que ver con el diseño transversal del estudio, así como la ausencia de registro de los servicios de origen de los profesionales sanitarios incluidos y la disparidad de participantes entre ambas muestras que, de haber dispuesto de más tiempo en la difusión del mensaje, se habría intentado equilibrar. Finalmente, cabe señalar que no se tuvieron en cuenta criterios de exclusión que hubiese sido interesante tener presentes con el fin de controlar variables extrañas. Entre estos se podrían encontrar el hecho de descartar la participación de personas en proceso de duelo, con alguna enfermedad terminal o con una enfermedad mental grave.

CONCLUSIÓN

A raíz de los resultados observados en esta investigación se pone de manifiesto una vez más que existen diferencias significativas en la gestión del miedo y la ansiedad ante la muerte entre población general y personal sanitario.

Sin embargo, estos resultados nos llevan a concluir que, respecto a los profesionales sanitarios, por un lado, es fundamental contar con modificaciones curriculares que favorezcan la enseñanza sobre el final de la vida en estudiantes de profesionales sanitarias en todos los estamentos, como las propuestas realizadas por Palomar Gallardo y cols.³⁷, así como cursos de formación continuada que garanticen la actualización frente al morir y frente a la experiencia de sufrimiento. Además de las herramientas expuestas, clarificar los valores personales y profesionales y vivir de acuerdo con ellos puede ser un motivo de satisfacción y bienestar de cara a protegerlos del sufrimiento asociado al ejercicio de la ayuda. No olvidemos que las personas que trabajan en algo que tiene un sentido profundo, una misión elevada, resisten mejor la adversidad diaria³⁸.

Por su parte, en la relación con la población general también es necesario colectivizar y naturalizar la muerte con objetivo de aprender sobre el fin de la vida, gestionar y prevenir duelos complicados. Existen iniciativas comunitarias como los *Death Coffee* y las comunidades compasivas³⁹ que deben ser promovidas.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguna autora presenta conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta investigación no contó con financiación para su desarrollo.

REFERENCIAS

1. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuad Med Forense*. 2002;39-50.

2. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin.* 2011;21:129-35.
3. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev de Psicol Gral y Aplic.* 2003;56:257-79.
4. Limonero JT. Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad Estrés* 1997;3:37-46.
5. Pollak JM. Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *OMEGA- J Death Dying.* 1979;10:97-121.
6. Tomás-Sábado J. Miedo y ansiedad ante la muerte: Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación. Barcelona: Herber; 2016. 152 p.
7. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *Open Nurs J.* 2013;7:14-21.
8. Parra-Giordano D, Bustos-Donoso I, Albayay-Gatica M, Cepeda-Ordones C, Coliboro-Navarro T. Miedo a la muerte en una muestra de estudiantes de enfermería. *Med Paliat.* 2023;30:51-7.
9. Mondragón-Sánchez EJ, Torre Cordero EA, Morales Espinoza ML, Landeros-Olvera EA. A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23:323-8.
10. Buceta Toro MI, Muñoz Jiménez D, Pérez Salido E, Díaz Pérez C, Chamorro Rebollo E, Giménez Fernández M. Miedo a la muerte en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Ética de los Cuidados.* 2014;7:14.
11. Agusti AM, Esquerda M, Amorós E, Kiskerri A, Nabal M, Viñas J. Miedo a la muerte en estudiantes de Medicina. *Med Paliat.* 2018;25:230-5.
12. Boceta Osuna J, Galán González-Serna JM, Gamboa Antiñolo FM, Muniain Ezcurra MÁ. Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina. *Educ Médica.* 2017;18:179-87.
13. Yoo YS, Cho OH, Cha KS, Boo YJ. Factors influencing post-traumatic stress in Korean forensic science investigators. *Asian Nurs Res* 2013;7:136-41.
14. Ramondetta LM, Urbaer D, Brown AJ, Richardson G, Thaker PH, Koenig HG, et al. Work related stress among gynecologic oncologists. *Gynecol Oncol.* 2011;123:365-9.
15. Viswanathan R. Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians. Their relationship to patient death notification. *Psychosomatics.* 1996;37:339-45.
16. Kvale J, Berg L, Groff JY, Lange G. Factors associated with residents' attitudes toward dying patients. *Fam Med.* 1999;31:691-6.
17. Sliter MT, Sinclair RR, Yuan Z, Mohr CD. Don't fear the reaper: Trait death anxiety, mortality salience, and occupational health. *J Appl Psychol.* 2014;99: 759-69.
18. Casas ML, Mora I. Tanatología y afrontamiento del personal de salud ante la muerte en la pandemia COVID- 19. *Med Paliat.* 2021;28:236-41.
19. Lester D, Abdel-Khalek AM. The Collett-Lester Fear of Death Scale: A correction. *Death Stud.* 2003;27:81-5.
20. Tomás-Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. Spanish adaptation of the Collett-Lester fear of death scale. *Death Stud.* 2007;32:249-60.
21. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol.* 1970;82:165-77.
22. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of Spanish form of Templer's death anxiety scale. *Psychol Rep.* 2002;91:1116-20.
23. Tomás-Sábado J. Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID- 19. *Rev Enferm Salud Ment.* 2020;16:24-8.
24. Boceta-Osuna J, García-Llana H, Altisent R. Reflexiones éticas desde la experiencia práctica de la crisis COVID-19. *Med Paliat.* 2020;27:255-62.
25. Potash J, Hy Ho A, Chan F, Lu Wang X, Cheng C. Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. *Int J Palliat Nurs.* 2014;20:233-40.
26. Edo-Gual M, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J. Afrontar el sufrimiento y la muerte: desafíos para el cuidado en el siglo xxi. *Enferm Clin.* 2015;25:42-3.
27. Bermejo JC, Villacieros M, Hassoun H. Actitudes hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y miedo a la muerte en una muestra de estudiantes sociosanitarios. *Med Paliat.* 2018;25:168-74.
28. Hernández Ramírez MJ, González Martín EY, Fuentes Rodríguez AM, Carranza López SA, Compeán Padilla V, Guerrero Castañeda RF. Experiencia vivida del primer contacto con muerte en prácticas clínicas de estudiantes de enfermería. *Enferm Glob.* 2022;21:116-39.
29. 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] Universidad de Granada; 2007.
30. Nienaber K, Goedereis E. Death anxiety and education: A comparison among undergraduate and graduate students. *Death Stud.* 2015;39:483-90.
31. Espinoza M, Sanhueza O. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paul Enfer.* 2012;25:607-13.
32. Hass-Thompson T, Alston PP, Holbert D. The impact of education and death-related experiences on rehabilitation counselor attitudes toward death and dying. *J Appl Rehabil Couns.* 2008;39:20-7.
33. García-Pérez L, Linertová R, Martín-Olivera R, Serrano-Aguilar P, Benítez-Rosario MA. A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: Which model is better? *Palliat Med.* 2009;23:17-22.
34. Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med.* 1996;11:147-55.
35. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA.* 1999;281:283-7.
36. Taylor C, Graham J, Potts HW, Richards MA, Ramirez AJ. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet.* 2005;366:742-4.
37. Palomar Gallardo MC, Romero Palomar M, Pérez García E, Romero Palomar MI. Educar para la vida y la muerte a los estudiantes de Enfermería: "del miedo al amor". *Enferm Cuid Humaniz.* 2020;9:65-81.
38. García-Llana, Rodríguez-Rey R. El acompañamiento a los profesionales que trabajan con las personas que se encuentran en el proceso de morir y con sus familias. *Rev Treb Soc.* 2017;210:115-27.
39. Librada-Flores S, Nabal-Vicuña M, Forero-Vega D, Muñoz-Mayorga I, Guerra-Martín MD. Implementation models of compassionate communities and compassionate cities at the end of life: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:62-71.