



ORIGINAL

Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina



Jaime Boceta Osuna^a, José María Galán González-Serna^{b,*},
Fernando Miguel Gamboa Antiñolo^a y Miguel Ángel Muniain Ezcurra^a

^a Departamento Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Cátedra de Bioética, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España

Recibido el 21 de diciembre de 2015; aceptado el 5 de julio de 2016

Disponible en Internet el 3 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Muerte;
Estudiantes de
medicina;
Actitudes ante la
muerte;
Ansiedad;
Ansiedad ante la
muerte;
Cuidados paliativos

Resumen

Fundamento y objetivo: Conocer el grado de ansiedad ante la muerte de los estudiantes de medicina analizando la posible influencia de factores sociodemográficos.

Material y método: Diseño observacional, descriptivo y transversal. Participaron 175 estudiantes, que respondieron a un cuestionario con variables sociodemográficas y a la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester. Se calculan medias y desviaciones típicas, prueba «t» de Student, ANOVA y coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: El nivel medio de ansiedad ante la muerte es moderado. Las mujeres puntúan más alto en las 4 subescalas, alcanzando significación estadística en la escala de miedo al propio proceso de morir y miedo a la muerte de otros. Quienes se manifiestan creyentes en una religión puntúan más alto que los no creyentes en las 4 subescalas, alcanzando significación en 3 de ellas. No existen diferencias significativas en cuanto a la experiencia directa de la muerte en otros, según la práctica de creencias, ni respecto a la creencia en la vida eterna. Acerca de la preferencia por trabajar en cuidados paliativos no se observan diferencias significativas. No se observa correlación estadística entre el grado o la importancia otorgada a la religiosidad, así como el grado de importancia otorgado a la espiritualidad y las subescalas de Collet-Lester.

Conclusiones: El sexo y la creencia en una religión influyen en la ansiedad ante la muerte. El afrontamiento de la ansiedad ante la muerte ha de ser contemplado específicamente en los programas de formación de pregrado en medicina.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemaria.galan@sjd.es (J.M. Galán González-Serna).

KEYWORDS

Death;
Medical students;
Attitude to death;
Anxiety;
Death anxiety;
Palliative care

Sociodemographic factors that influence death anxiety in Medical Students**Abstract**

Background and objective: To determine the degree of death anxiety in Medicine students and analyze the possible influence of sociodemographic factors.

Material and method: Design observational, descriptive and transversal. 175 students participated responding to a sociodemographic variables questionnaire and the scale Collet-Lester of fear of death. Means and standard deviations, Student t test, ANOVA and Pearson correlation coefficient was calculated.

Results: The mean level of death anxiety is moderate. Women score higher in the 4 subscales, reaching statistical significance in the scale of fear to the process of dying and fear of death of others. The believers in a religion score higher than non-believers in the four subscales reaching significance in three of them. No significant differences were found, in the direct experience of death in others, according to the practice of beliefs, or concerning the belief in eternal life. About the preference for working in palliative care, was no significant differences. No statistical correlation between the degree or importance given to religiosity, and the importance given to spirituality and subscales Collet-Lester were observed.

Conclusions: Sex and the belief in a religion influence over death anxiety. Coping with anxiety before death must be specifically addressed in undergraduate training programs in Medicine.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La muerte no se puede separar de la vida. Lo ineludible del momento de morir es un motivo para el temor que lleva implícito el darse cuenta de que uno puede dejar de existir como persona¹.

Los estudiantes de medicina y los médicos tienen un contacto más intenso y frecuente con la muerte que la mayoría de la población², lo que puede ser un estímulo para el desarrollo de ansiedad ante la muerte³. Este concepto se ha definido como una emoción desagradable, multidimensional de preocupación existencial ante la contemplación de la propia muerte o de los otros⁴. Diversas investigaciones han intentado determinar cuáles son las variables que influyen en la ansiedad ante la muerte⁴⁻⁶: sexo⁷⁻⁹, edad¹⁰⁻¹³, estado civil¹⁴, psicoemocionales¹⁵⁻¹⁸ y déficit de formación profesional¹⁹.

Durante la formación académica los estudiantes de medicina sufren de un estrés significativo que puede llegar ser de mayor intensidad que en otros grupos de estudiantes²⁰. Las causas postuladas para explicar la generación de este estrés son múltiples, y entre ellas destacan factores personales y factores relacionados con el aprendizaje brindado por las facultades de medicina. En este contexto, los estudiantes de Medicina que cursan los años clínicos del grado son confrontados frecuentemente con cuestiones relativas a la muerte y al morir por primera vez en su vida²¹. No obstante, hay poca investigación reciente sobre cómo estos factores afectan a estudiantes de Medicina.

Thiemann et al.²² publicaban el año 2015 un estudio en el que se destacó la relación de niveles intensos de ansiedad ante la muerte con una peor salud psicológica y con actitudes negativas hacia los cuidados paliativos. Por ello, consideran importante tener en cuenta la ansiedad ante la muerte de los estudiantes durante la educación médica, y

que la formación pregrado incluya el entrenamiento en habilidades de manejo de las emociones que surgen al afrontar el sufrimiento y la muerte de los pacientes²³.

El miedo a la muerte no se puede observar directamente, por lo que se debe inferir a partir de la conducta de un sujeto o de sus respuestas en un cuestionario. La Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester (Collet-Lester Fear of Death Scale [CLFDS])²⁴ se creó en 1969 para eliminar el problema de heterogeneidad de contenidos de los ítems de las escalas que se usaban para medir el miedo a la muerte. Estos autores sugirieron que el miedo a la muerte es un concepto multidimensional que puede tener diversas causas, que puede conducir a una persona a reaccionar de manera diferente a la idea de muerte como un estado y/o como proceso. De la misma manera, las actitudes y las reacciones emocionales podrían ser diferentes cuando se trata de uno o de otros. La primera versión constaba de 36 ítems, en 2003 se mejoró quedando una versión final validada de 28 ítems²⁵.

Recientemente se ha implantado en el Grado de Medicina de la Universidad de Sevilla la asignatura de Geriátrica y Cuidados Paliativos. Para intentar mejorar la formación de los estudiantes en este campo, desarrollamos este trabajo cuyo objetivo es profundizar en el conocimiento de las reacciones ante la muerte propia y de otros, de los estudiantes de medicina que cursan la asignatura clínica de Geriátrica y Cuidados Paliativos, mediante el análisis de un cuestionario CLFDS y diferentes factores psicosociales y socioculturales que parecen estar implicados en el desarrollo de ansiedad ante la propia muerte.

Metodología

El estudio se ajustó a un diseño observacional, descriptivo y transversal. Los participantes respondieron a un cuestionario autoadministrado, que contenía:

- Variables sociales, psicológicas y espirituales: sexo, edad, origen geográfico, creencia religiosa, práctica religiosa, grado de religiosidad, importancia de la religiosidad, importancia de la espiritualidad, creencia de que existe otra forma de vida tras la muerte, experiencias previas con la muerte y con moribundos, muerte de alguna persona cercana, contacto con la muerte en sus prácticas clínicas, presencia en el morir de alguien y deseo de dedicarse profesionalmente al cuidado de enfermos moribundos.
- Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester en su versión española²⁶; la CLFDS es un instrumento multidimensional autoadministrado que consta de 28 ítems y 4 dimensiones (7 ítems para cada una): miedo a la propia muerte, miedo al proceso de morir propio, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros, con un formato de respuesta tipo Likert, de 5 (mucho) a 1 (nada). Los resultados de su aplicación se especifican según las subdimensiones, y no se utiliza una puntuación global.

La recogida de datos se realizó durante el curso académico 2014-2015. Los estudiantes matriculados en esta asignatura de grado, tras una presentación del trabajo de investigación, respondieron de forma voluntaria al cuestionario en sus propias aulas de clase durante el horario lectivo. Se advertía por parte del profesor que si no deseaban participar podían entregar el cuestionario en blanco; se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

La tabulación y el análisis de datos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS 23.0 para Windows, calculándose índices descriptivos, prueba de la «t» de Student y ANOVA para las diferencias entre medias de variables cuantitativas y coeficientes de Pearson (r) para las correlaciones entre variables cuantitativas.

Para la realización del estudio se obtuvo el permiso pertinente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Resultados

La población diana estuvo formada por los estudiantes del quinto curso del grado de medicina matriculados en la asignatura de Geriátrica y Cuidados Paliativos (n = 356) y distribuidos en 3 grupos en diferentes hospitales de Sevilla. Finalmente, el número total final de participantes fue de 175 (49,15% de los matriculados). La muestra estuvo compuesta por 62 hombres (35,4%) y 113 mujeres (64,6%), con un intervalo de edad de 21-34 años, en su mayoría nacidos en Andalucía (86,9%) y 6 (3,4%) eran de origen extranjero.

La puntuación media total en la escala CLFDS fue de 97,67 (SD 17,10), con un intervalo entre 45 y 135 puntos. Esto indica un nivel de ansiedad ante la muerte medio o moderado equivalente a 3 puntos en una escala Likert de 5 puntos. Las puntuación media en la escala de miedo a la muerte propia fue de 21,77 (SD 6,15), en la de miedo al propio morir 24,99 (SD 5,32), en la de miedo a la muerte de otros 27,15 (SD 4,92) y en la de miedo al proceso de morir de otros 23,93 (SD 4,64). Los resultados muestran un miedo ante la muerte de grado moderado en las 4 subescalas. De ellas, 3 puntúan como moderado-alto (puntos equivalentes

a 4 en una escala Likert 1-5), siendo mayor en la subescala morir propio y muerte de otros.

El análisis de las creencias religiosas mostró que un 53,1% manifestó creer en alguna religión, un 31,4%, practicar alguna religión, un 45,7% no ser creyente ni practicante de alguna religión, un 65,1% creer o dudar de si existen otras formas de vida tras la muerte.

En relación con la valoración del grado de religiosidad de 0 a 10, la puntuación media fue 4,24 (SD: 3,06) mayor en las mujeres (4,53 con SD: 3,10). Los resultados sobre la valoración de la importancia que se dio a la religiosidad en su vida en una escala de 1 a 10 mostró resultados similares (media 4,02 y SD 3,25), con una mayor valoración de la espiritualidad en su vida (en una escala de 1 a 10 la media fue de 5,33 y SD 3,33) siempre con mayor valor en el caso de las mujeres.

La mayoría habían tenido contactos con la muerte: el 90,3% había sufrido la experiencia personal de muerte de alguien cercano, el 54,9% había tenido contacto con la muerte en sus prácticas clínicas y el 29,1% de haber presenciado la muerte de alguien.

Respecto a su inclinación profesional al cuidado de enfermos en situación terminal solo 2 estudiantes respondieron afirmativamente (1,1%) y 94 (53,7%) respondieron negativamente, por tanto, la mayoría.

En la [tabla 1](#) se muestra el resultado por ítems de aplicación la CLFDS. Las puntuaciones más altas se observan en la dimensión muerte de otros, resultando de mayor ansiedad los ítems relacionados con la pérdida y la soledad subsiguiente. En cuanto a la dimensión morir de otros destaca el ítem «ver cómo sufre dolor».

Las [tablas 2 y 3](#) muestran las puntuaciones y desviaciones típicas en las 4 subescalas de la CLFDS en las variables independientes dicotómicas relacionadas con su perfil (mujer-hombre, creyente-no creyente, creyente vida eterna: sí-no, practicante-no practicante) y las experiencias previas con la muerte (muerte cercana: sí-no, contacto con la muerte: sí-no, ha visto morir alguien: sí-no), así como las puntuaciones de la prueba de la «t» de Student, intervalo de confianza y significación estadística. Son significativas las diferencias en cuanto al miedo al propio morir y miedo a la muerte de otros entre hombres y mujeres, siendo mayor en estas. También se obtiene diferencia significativa en cuanto al miedo a la propia muerte, miedo al propio morir y miedo al proceso de morir de otro, que resulta mayor en los creyentes que en los no creyentes.

Mostramos en la [tabla 4](#) los resultados del análisis de la varianza (ANOVA) de las variables origen geográfico y preferencias por trabajar en cuidados paliativos, y en la [tabla 5](#) los coeficientes de correlación de Pearson entre la edad y las puntuaciones de las 4 subescalas de la CLFDS, grado de religiosidad, la importancia atribuida a la religiosidad en la vida y la importancia de la espiritualidad.

Discusión

Los estudios que se han realizado en España sobre la ansiedad ante la muerte (AM) de estudiantes de medicina son escasos. Hay muy pocos estudios que aborden directamente cómo los estudiantes de medicina y residentes han de comportarse, gestionar las emociones y hacer

Tabla 1 Resultados de aplicar la Escala de Collet Lester por cada ítem

	N		X	s
	Válido	Perdidos		
<i>Propia muerte</i>				
La total soledad de la muerte	73	0	3,77	1,20
La brevedad de la vida	73	0	3,64	1,19
Todas las cosas que perderás al morir	73	0	2,86	1,37
Morir joven	73	0	3,95	1,20
Cómo será el estar muerto	73	0	2,86	1,49
No poder pensar ni experimentar nada nunca más	73	0	3,26	1,55
La desintegración del cuerpo después de morir	72	1	1,96	1,13
<i>Propio morir</i>				
La degeneración física que supone el proceso de morir	72	1	3,11	1,16
El dolor que comporta el proceso de morir	72	1	3,72	1,12
La degeneración mental del envejecimiento	72	1	4,14	1,01
La pérdida de facultades durante el proceso de morir	72	1	3,85	1,04
La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	72	1	3,60	1,07
Tu falta de control sobre el proceso de morir	72	1	3,47	1,16
La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	72	1	3,61	1,15
<i>Muerte de otros</i>				
La pérdida de una persona querida	72	1	4,67	0,67
Tener que ver su cadáver	72	1	3,47	1,39
No poder comunicarte nunca más con ella	72	1	4,51	0,79
Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	72	1	3,86	1,17
Envejecer solo, sin la persona querida	72	1	4,11	1,07
Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	72	1	3,01	1,28
Sentirse solo sin ella	72	1	4,13	0,90
<i>Morir de otros</i>				
Tener que estar con alguien que se está muriendo	72	1	3,25	1,02
Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	72	1	2,29	1,23
Ver cómo sufre dolor	72	1	4,19	0,80
Observar la degeneración física de su cuerpo	72	1	3,61	0,94
No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	72	1	3,74	1,14
Asistir al deterioro de sus facultades mentales	72	1	3,92	0,85
Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	72	1	3,51	1,16

X: media; s: desviación típica.

frente a su propio proceso de duelo cuando los pacientes mueren²⁷. Es necesario que los programas formativos de los estudiantes de medicina incluyan el entrenamiento en habilidades de manejo de las emociones que surgen al afrontar el sufrimiento y la muerte de sus pacientes²³. Los profesores deben ser conscientes de las complejidades de la primera experiencia de un estudiante ante la muerte del paciente, y ser educados en establecer diálogos clarificadores sobre el asunto²⁸⁻³⁰. Los programas educativos destinados a elevar en los estudiantes la autoconciencia de su actitud, acompañados de intervenciones destinadas a reducir el miedo a la muerte, pueden favorecer su afrontamiento^{28,31-33}.

El nivel medio de AM obtenido en estudiantes de medicina de nuestro entorno es moderado. Este dato contrasta con otros estudios que informan de niveles especialmente altos de ansiedad y estrés en este colectivo^{34,35}. Así mismo, es la idea de la muerte de una persona querida, como estado más que como proceso (el morir), lo que produce un mayor temor en el estudiante con (27,15 sobre de 35 puntos) para esta

subescala; el hecho que provoca mayor AM es «la pérdida de una persona querida», «no poder comunicarte nunca más con ella» y «ver cómo sufre dolor», lo que permite inferir que lo que más les preocupa es la idea de la desaparición del otro, junto con aspectos como la soledad que ello supone. El hecho de no poder comunicarse más con la persona, o sentimientos de culpabilidad asociados, se ha descrito en otros grupos de estudiantes³⁶ y en la población general³⁷ como factor más importante.

Es relevante que el «tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo» genere una baja ansiedad entre los encuestados: en su futuro profesional será una competencia importante para la actividad clínica.

La influencia de la edad en la AM está poco clara, a pesar de que hay autores que han sugerido que sí tiene influencia^{5,38}; sin embargo, más recientemente³⁹ se ha encontrado que puede tener relación con el ciclo vital más que con la propia edad: Russae detectó que la AM alcanzó su punto máximo en los hombres y las mujeres a los 20 años de edad, y se redujo significativamente después. Sin embargo,

Tabla 2 Comparación de la media de puntuación en las subescalas del CLFDS de variables independientes: sexo, creencias y prácticas religiosas

	Hombre		Mujer		t	IC 95%		p
	X	s	X	s				
MMP	19,28	4,325	21,05	5,549	-1,526	-4,083	0,544	0,132
MPP	25,36	5,499	28,80	5,263	-2,630	-6,058	-0,819	0,011
MMO	26,07	6,030	28,84	4,670	-2,067	-5,464	-0,075	0,044
MPO	23,79	5,216	24,98	4,311	-1,009	-3,564	1,180	0,318
	Creyente		No creyente		t	IC 95%		p
	X	s	X	s				
MMP	21,49	4,682	17,96	5,452	2,708	0,911	6,136	0,009
MPP	28,59	5,449	25,58	5,630	2,122	0,166	5,870	0,039
MMO	27,78	4,638	26,81	6,627	0,648	-2,065	4,018	0,521
MPO	25,41	4,160	22,88	5,294	2,028	0,018	5,024	0,048
	Cree vida eterna		No cree vida eterna		t	IC 95%		p
	X	s	X	s				
MMP	19,81	4,377	20,24	6,240	-0,274	-3,601	2,740	0,785
MPP	27,52	5,501	27,84	6,593	-0,177	-3,910	3,278	0,860
MMO	27,67	5,444	27,56	6,063	0,063	-3,315	3,528	0,950
MPO	25,10	3,833	24,12	5,652	0,694	-1,862	3,812	0,492
	Practicante		No Practicante		t	IC 95%		p
	X	s	X	s				
MMP	20,55	4,582	20,02	5,45	0,412	-2,068	3,127	0,683
MPP	28,05	6,270	27,40	5,45	0,407	-2,623	3,931	0,687
MMO	27,60	5,041	27,67	5,67	-0,048	-2,882	2,748	0,962
MPO	24,65	4,380	24,38	4,97	0,227	-2,178	2,728	0,822

IC: intervalo de confianza; MMO: miedo a la muerte de otros; MMP: miedo a la muerte propia; MPO: miedo al proceso de morir de otros; MPP: miedo al propio proceso de morir; p: significación estadística; s: desviaciones típicas; t: prueba «t»; X: media.

las mujeres muestran un pico secundario durante los 50 años que no se evidenció en los hombres. En nuestro estudio, a pesar de que manejamos una edad media de 23 años, el nivel de AM medio fue de nivel moderado.

Nuestros resultados concuerdan con el hallazgo de estudios previos en los que los estudiantes de medicina no muestran mayor AM que otras poblaciones estudiantiles^{20,40}, y con el estudio de Thieman²² en el que informa de niveles de AM incluso menores de los que hemos encontrado en nuestra población. Existen indicios encontrados por otros autores de que el nivel de AM tiende a no cambiar en el transcurso de la experiencia adquirida en la facultad de Medicina^{2,41}, lo que se podría comprobar en estudios longitudinales. Los coeficientes de correlación de Pearson entre la edad y las puntuaciones de las 4 subescalas son próximos a 0 y no significativos entre los estudiantes de nuestra facultad, lo que coincide con los datos de jóvenes de otros estudios, y puede ser atribuido a la poca variabilidad de la edad en la población de estudiantes¹⁴.

Respecto a la influencia del sexo, las mujeres puntúan más alto que los hombres en las 4 subescalas, alcanzando significación estadística en la escala de miedo al propio proceso de morir ($p = 0,011$) y miedo a la muerte de otros ($p = 0,044$).

Estos resultados coinciden con los de otros estudios⁴² y se ha relacionado con motivos de carácter cultural: las mujeres pueden ser más extravertidas a la hora de reconocer y de expresar sus estados ánimo respecto a los varones, mientras que de estos se espera mayor control de sus miedos y emociones⁴³. Hirschberger et al.⁴⁴ describieron que los varones respondieron a la ansiedad de la muerte mediante la retirada de la emoción y la compasión, mientras que las mujeres respondieron aumentando las respuestas compasivas, lo que podría ser explorado en nuestro medio en futuros estudios. No obstante, otros autores aportan datos contradictorios²². Hoy en día este patrón cultural puede estar cambiando en una sociedad más permisiva con el varón. Además, puede estar influenciado por la formación y la asunción progresiva del rol de médico por la población femenina (mayoritaria en las nuevas promociones) que conlleva una capacidad para gestionar las propias emociones ante el enfermo al proporcionar un mayor control sobre el locus interno, lo que podría igualar este dato en ambos sexos. Esta hipótesis debería ser comprobada en nuevos estudios.

Los estudiantes que se manifiestan creyentes de una religión puntúan más alto que los no creyentes en las

Tabla 3 Comparación de la media de puntuación en las subescalas del CLFDS de variables independientes sobre la experiencias con la muerte

	Sí muerte cercana		No muerte cercana		t	IC 95%		p
	X	s	X	s				
MMP	20,18	5,026	21,27	5,918	-0,578	-5,199	3,009	0,573
MPP	27,28	5,771	28,45	4,458	-0,767	-4,416	2,065	0,454
MMO	27,67	5,531	28,27	4,606	-0,385	-3,911	2,709	0,705
MPO	24,36	4,858	25,36	3,641	-0,795	-3,663	1,657	0,438
	Contacto muerte		No contacto muerte		t	IC 95%		p
	X	s	X	s				
MMP	20,38	4,952	20,31	5,397	0,060	-2,343	2,489	0,952
MPP	27,62	5,241	27,29	5,988	0,253	-2,317	2,989	0,801
MMO	27,95	5,238	27,57	5,585	0,293	-2,175	2,924	0,770
MPO	24,30	4,618	24,74	4,810	-0,401	-2,665	1,773	0,690
	Ha visto morir a alguien		No ha visto morir a alguien		t	IC 95%		p
	X	s	X	s				
MMP	19,48	5,177	20,74	5,126	-0,970	-3,885	1,362	0,337
MPP	27,43	5,062	27,47	5,856	-0,026	-2,741	2,671	0,980
MMO	26,87	4,485	28,18	5,740	-1,057	-3,808	1,179	0,295
MPO	23,39	4,325	25,04	4,796	-1,457	-3,927	0,628	0,152

IC: intervalo de confianza; MMO: miedo a la muerte de otros; MMP: miedo a la muerte propia; MPO: miedo al proceso de morir de otros; MPP: miedo al propio proceso de morir; p: significación estadística; s: desviaciones típicas; t: prueba «t»; X: media.

4 subescalas, alcanzando significación en tres de ellas: muerte propia, propio proceso de morir y miedo al proceso de morir de otros. No obstante, los estudiantes que se manifiestan creyentes en la vida eterna, así como los alumnos que se declaran practicantes, no presentan puntuaciones significativamente diferentes en ninguna de las subescalas respecto a los que han declarado la ausencia de esta vivencia. Estos resultados, así como la falta de correlaciones significativas entre el grado de religiosidad, la importancia atribuida

a la religiosidad en la vida, la importancia de la espiritualidad y las 4 subescalas de la CLFDS concuerdan con los hallazgos de diversos estudios que apuntan a que la religiosidad vivida de forma intrínseca puede no influir o proteger contra la AM, y la vivida de forma extrínseca la incrementa⁴⁵. En estudios previos se ha evidenciado que la religiosidad es un fenómeno muy complejo y que influye de diversas formas, benéficas^{46,47}, neutras⁴⁸ y maleficas^{49,50}, en cuanto a la vivencia de la muerte y el morir⁵¹. Son necesarios

Tabla 4 Comparación de la media de puntuación en las subescalas del CLFDS de las variables independientes lugar de nacimiento y deseos de dedicarse a los Cuidados Paliativos aplicando ANOVA

	Andaluz		Resto España		Extranjero		f	p
	X	s	X	s	X	s		
MMP	20,49	4,92	22,63	4,03	13,50	5,92	4,82	0,01
MPP	27,69	5,66	28,29	2,81	22,50	6,76	1,74	0,18
MMO	28,15	5,17	27,00	4,32	23,25	8,92	1,67	0,20
MPO	24,56	4,73	25,71	2,29	21,75	6,90	0,93	0,40
	Se dedicará a CP		No se dedicará a CP		Duda si dedicarse a CP		f	p
	X	s	X	s	X	s		
MMP	24,00		20,58	5,19	19,94	5,18	0,387	0,681
MPP	31,00		27,25	5,97	27,61	5,18	0,236	0,790
MMO	27,20	4,86	29,00		28,45	6,06	0,493	0,613
MPO	25,00		24,45	4,43	24,58	5,14	0,012	0,988

CP: cuidados paliativos; f: ANOVA; MMO: miedo a la muerte de otros; MMP: miedo a la muerte propia; MPO: miedo al proceso de morir de otros; MPP: miedo al propio proceso de morir; p: significación estadística; s: desviaciones típicas; X: media.

Tabla 5 Coeficientes de correlación de las puntuaciones de la CLFDS con las variables edad, grado de religiosidad, importancia de la religiosidad e importancia de la espiritualidad

	MMP	MPP	MMO	MPO
<i>Edad</i>				
Correlación de Pearson	−0,192	0,000	−0,129	−0,040
Sig. (bilateral)	0,105	1,000	0,285	0,742
<i>Grado religiosidad</i>				
Correlación de Pearson	0,215	0,114	0,098	0,210
Sig. (bilateral)	0,074	0,352	0,424	0,083
<i>Importancia religiosidad</i>				
Correlación de Pearson	0,182	0,060	0,036	0,120
Sig. (bilateral)	0,131	0,622	0,772	0,324
<i>Importancia espiritualidad</i>				
Correlación de Pearson	0,132	−0,025	0,097	0,050
Sig. (bilateral)	0,273	0,836	0,425	0,679

MMO: miedo a la muerte de otros; MMP: miedo a la muerte propia; MPO: miedo al proceso de morir de otros; MPP: miedo al propio proceso de morir.

nuevos estudios que aclaren cómo influyen en los cuidados las relaciones entre tipo de creencia espiritual y/o religiosa, grado de práctica y las actitudes ante la muerte⁵², más aún teniendo en cuenta los estudios que han mostrado cómo el desarrollo de la dimensión espiritual es útil para mejorar la supervivencia⁵³.

Se ha observado que las personas que han visto morir a alguien experimentan menor AM, mientras que aquellas que solo han reflexionado acerca de su propia muerte presentan mayores niveles de ansiedad^{39,54}. Sin embargo, en este estudio ni los que han sufrido en la práctica la muerte de alguna persona cercana, ni los que han tenido contacto con la muerte, ni los que han visto morir a alguien presentan diferencias significativas en las puntuaciones de ninguna de las subescalas respecto a los que han declarado que no. Esto tampoco es coincidente con otros estudios que han informado de un mayor miedo a la propia muerte cuando se ha tenido la experiencia del fallecimiento de una persona cercana, y de un menor miedo a la propia muerte y a la de otros cuando se ha tenido contacto profesional con el morir o se ha presenciado la muerte de alguien⁵⁵. Sería pertinente comprobar las posibles relaciones entre la AM de un ser querido, la producida por el contacto con los pacientes moribundos en distintos grupos de edad y experiencia profesional y la actitud que se demuestra respecto al cuidado de estos.

Por lo que respecta al lugar de nacimiento, solo se observa diferencias estadísticamente significativas en la subescala miedo a la propia muerte. Este dato se relaciona con la influencia cultural en la vivencia y afrontamiento del morir^{6,56}.

Acerca de la preferencia por trabajar en cuidados paliativos, que puede ser un indicador de la actitud personal ante estos, no se observan diferencias significativas ni en la AM ni en las diferentes subescalas como en otros estudios²².

Existen limitaciones de nuestro estudio, como el reducido tamaño de la muestra y que esta se refiera a un solo centro educativo y a un curso concreto, lo que pudiera afectar a su validez externa, así como que no se hayan incluido variables u otros instrumentos para medir el nivel de ansiedad general

y el producido por otros factores⁵⁷ que pudieran afectar al relacionado con la muerte propia y la de otra persona.

Concluyendo, podemos confirmar que el sexo y la creencia en una religión influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina. Medir la variable AM en relación con posibles factores que influyan en el diseño de acciones docentes es importante para planificar y evaluar una formación de pregrado que se oriente a optimizar la futura relación médico-paciente ante enfermos al final de su vida. Estudios como el presente nos permiten conocer la población a la que dirigimos nuestra labor docente, y plantear estrategias de mejora de actitudes y habilidades de los futuros médicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Máximo Bernabeu Wittel, profesor del Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla, España, su colaboración en la recogida de los datos necesarios para esta investigación.

Bibliografía

- Sevilla-Casado M, Ferré-Grau C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de atención sociosanitaria: datos y significados. Gerokomos [Internet]. 2013;24:109–14 [consultado 20Jun 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1134-928X2013000300003&lng=es>. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300003>
- Field D, Howells K. Dealing with dying patients: Difficulties and strategies in final-year medical students. *Death Stud.* 1988;12:9–20.
- Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Stud.* 1996;20:343–65.

4. Nyatanga B, de Vocht H. Towards a definition of death anxiety. *Int J Palliat Nurs*. 2006;12:410-3.
5. Templer D. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. 1970;82:165-77.
6. Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract*. 2009;23:23-41.
7. Espinoza M, Sanhueza O. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paul. Enferm [serie on the Internet]*. 2012;25:607-13 [consultado 17 Jun 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>
8. Thorson JA, Powell FC. Elements of death anxiety and meanings of death. *J Clin Psychol*. 1988;44:691-701. [10.1002/1097-4679\(198809\)44:5<691::AID-JCLP2270440505>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198809)44:5<691::AID-JCLP2270440505>3.0.CO;2-D).
9. Dattel AR, Neimeyer RA. Sex differences in death anxiety: Testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death Studi*. 1990;14:1-11.
10. Tomás-Sábado J, Guix E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clin*. 2001;11:104-9.
11. Collet R, Limonero J, Otero M. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Inv Salud*. 2003;V:0.
12. Lara K, Ruiz N, Balcázar P. Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Rev de Psicol Gral y Aplic*. 2009;8:83-106.
13. Stevens SJ, Cooper PE, Thomas LE. Age norms for Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Reports*. 1980;46:205-6.
14. Tomás-Sábado J, Gómez J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gen Apl*. 2003;55:257-79.
15. Barreto P. Cuidados paliativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. *Rev Psicol Gen Apl*. 1994;2:201-8.
16. Benítez M, Asensio A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 2002;1:50-2.
17. Escot C, Artero S, Gandubert C, Boulenberg J, Ritchie K. Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress Health*. 2001;5:273-9.
18. Ortega C, López F. Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clin Salud*. 2005;16:143-60.
19. Gómez Sancho M. Morir con dignidad. Madrid: Arán Ediciones; 2005. p. 374.
20. Howells K, Field D. Fear of death and dying among medical students. *Soc Sci Med*. 1982;16:1421-4.
21. Binienda J, Schwartz K, Gaspar D. Training in end-of-life care through interaction with dying patients. *Acad Med*. 2001;76:517.
22. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical Students' Death Anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.03.014>, 335-42.e2.
23. Firth-Cozens J, Field D. Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainees. *Br J Med Psychol*. 1991;64 Pt 3:263-71.
24. Lester D. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester. En: Neimeyer RA, editor. *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós; 1996. p. 57-72.
25. Venegas Maritza Espinoza, Alvarado Olivia Sanhueza, Barriga Omar. Validación de la escala de miedo a la muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2011;19:1171-80 [consultado 29 Jun 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500015&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500015>
26. Tomás-Sábado J, Limonero J, Abdel-Khalek AM. Spanish adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Stud*. 2007;31:246-60.
27. Kimball CP. Medical education as a humanising process. *J Med Educ*. 1973;48:71-7.
28. Kelly E, Nisker J. Medical students' first clinical experiences of death. *Med Educ*. 2010;44:421-8. doi: 10.1111/j. 1365-2923.2009.03603.x. Epub 2010 Mar 3.
29. MacLeod RD1, Parkin C, Pullon S, Robertson G. Early clinical exposure to people who are dying: Learning to care at the end of life. *Med Educ*. 2003;37:51-8.
30. Brennan N, Corrigan O, Allard J, Archer J, Barnes R, Bleakley A, et al. The transition from medical student to junior doctor: Today's experiences of tomorrow's doctors. *Med Educ*. 2010;44:449-58. <http://dx.doi.org/10.1111/j. 1365-2923.2009.03604.x>
31. Anderson WG1, Williams JE, Bost JE, Barnard D. Exposure to death is associated with positive attitudes and higher knowledge about end-of-life care in graduating medical students. *J Palliat Med*. 2008;11:1227-33. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2008.0058>
32. Hegedus K, Zana A, Szabó G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med*. 2008;22:264-9. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216307086520>
33. Frey RA, Gott M, Neil H. Instruments used to measure the effectiveness of palliative care education initiatives at the undergraduate level: a critical literature review. *BMJ Supportive and Palliative Care*. 2013;3:114-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000306>
34. Martínez Muro ER. Evaluación del estrés en estudiantes de medicina [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 1997.
35. Bjorksten O, Sutherland S, Miller C, Stewart T. Identification of medical student problems and comparison with those of other students. *J Med Educ*. 1983;58:759-67.
36. Morillo-Martín MS, Galán González-Serna JM, Arroyo Rodríguez A, Romero Serrano R. Factores sociodemográficos que influyen sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Med Paliat*. 2016;23:113-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.008>
37. Bath DM. Separation from loved ones in the fear of death. *Death Stud*. 2010;34:404-25.
38. Lonetto R. Templer DI death anxiety. Washington, DC: Hemisphere; 1986. p. 155.
39. Russac RJ1, Gatliff C, Reece M, Spottswood D. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Stud*. 2007;31:549-61.
40. Neimeyer RA. *Death anxiety handbook: Research, instruments and application*. Bristol, UK: Taylor and Francis; 1994. p. 284.
41. Powell FC, Kara G, Uhl HSM. Stability of medical students' attitudes towards aging and death. *J Psychol*. 2001;124:339-42.
42. Dickinson GE, Lancaster CJ, Winfield IC, Reece EF, Colthorpe CA. Detached concern and death anxiety of first-year medical students: Before and after the gross anatomy course. *Clin Anat*. 1997;10:201-7.
43. Hartnett O, Boden G, Fuller M, editores. *Sex role stereotyping*. London: Tavistock; 1979. p. 241.
44. Hirschberger G, Florian V, Mikulincer M. A terror management analysis of emotional reactions to physical disability. *Rehabil Psychol*. 2005;50:246-57.
45. Raja Hernández R, Gala León FJ, González Infante JM, Lupiani Giménez M, Guillén Gestoso C, Alba Sánchez I. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S) ante la muerte. *Cuad Med Forense*. 2002;29:21-36.
46. Thiemann P, Quince T, Benson J, Barclay S. An attempt to understand medical students' death anxiety. Association for Palliative Medicine Undergraduate Education Special Interest Forum Annual meeting; March 5th 2015. Institute of Public

- Health, Addenbrooke's Site, Cambridge [acceso el 29 de junio 2016]. Disponible en: <http://www.apmuesif.phpc.cam.ac.uk/index.php/annual-conferences/2015>
47. Wen Y. Religiosity and death anxiety. *HRAL*. 2010;6:31-7. Disponible en: <http://ezproxy.qa.proquest.com/docview/867401301?accountid=14771>
48. Templer DI, Dotson E. Religious correlates of death anxiety. *Psychol Rep*. 1970;26:895-7, <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1970.26.3.895>
49. Urraca Martínez S. Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1981.
50. Ellis L, Wahab EA, Ratnasingan M. Religiosity and fear of death: A three-nation comparison. *Ment Health Relig Cult*. 2013;16:179, <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2011.652606>
51. Dezutter J, Soenens B, Luyckx K, Bruyneel S, Vansteenkiste M, Duriez B, et al. The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Stud*. 2009;33:73-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/07481180802494289>
52. Thorson JA, Powell FC. Meaning of death and intrinsic religiosity. *J Clin Psychol*. 1990;46:379-91.
53. Shanshan L, Stampfer MJ, Williams DR, Vander Weele TJ. Association of religious service attendance with mortality among women. *JAMA Intern Med*. 2016;176:777-85.
54. Limonero JT. Ansiedad ante la muerte. *A y E*. 1997;3:37-46.
55. Edo-Gual M, Tomás-Sabado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin*. 2011;21:129-35.
56. Ollendick TH, Yang B, King NJ, Dong Q, Akande A. Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: A cross-cultural study. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996;37, 213-20.30.
57. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: Causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*. 2005;80:1613-22.