

ORIGINALES

Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes

F. Poveda Monge^a, A. Royo Garrido^a, C. Aldemunde Pérez^b, R. Fuentes Cuenca^b,
C. Montesinos de Astorza^b, C. Juan Ten^b, P. Ortolà Paris^a y J.A. Oltra Masanet^a

Centre de Salut Pego i Les Valls. Alacant.

Objetivos. Estimar la prevalencia de psicomorbilidad y de ansiedad ante la muerte en población consultante. Observar la asociación de estas variables con la presencia de enfermedad crónica, consumo de psicofármacos y frecuentación.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Centro semiurbano de atención primaria.

Pacientes. Propuesta del estudio a 281 sujetos, aceptando 226 mayores de 18 años, seleccionados sistemáticamente entre 1.829 personas que consultaron de mayo a julio de 1999. Estimamos una prevalencia de psicomorbilidad del 30%.

Mediciones y resultados principales. Entrevistas personales y cuestionarios usando las escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg y la de Ansiedad ante la Muerte de Templer. Responde un 63,7% de mujeres y el 36,3% de varones; media, 52,2 años (DE, 16,2). Escala de Ansiedad y Depresión positiva (prevalencia de psicomorbilidad), 55,3%; mujeres, 61,8%, y varones, 43,9% ($p = 0,009$). Puntuación media de la escala de Ansiedad ante la Muerte 6,08 (DE, 3,15); mujeres, 6,66 (DE, 2,67), y varones, 5,05 (DE, 2,67) ($p < 0,0005$). En los hiperfrecuentadores la ansiedad ante la muerte es de 6,61 (DE, 3,23) y de 5,81 (DE, 3,10) en los que no lo son ($p = 0,074$). El grupo con psicomorbilidad tiene una media de visitas de 38,4 (DE, 27,28) frente a las 35,5 (DE, 22,59) de los que no tienen (NS). En pacientes con psicomorbilidad, la media de la escala de Ansiedad ante la Muerte es de 7,51 (DE, 3,33), y de 5,33 (2,65) en los pacientes sin ella ($p < 0,0005$).

Conclusiones. Alta prevalencia de psicomorbilidad. La mayoría son mujeres y tienen un valor medio de ansiedad ante la muerte superior a los varones. No hallamos asociación entre ansiedad ante la muerte e hiperfrecuentación. Los pacientes con psicomorbilidad tienen más ansiedad ante la muerte. La enfermedad crónica, la edad y el consumo de psicofármacos se asocian a una mayor utilización de la consulta. Sólo en mayores de 70 años encontramos relación entre psicomorbilidad y una más alta demanda de visitas.

Palabras clave: Ansiedad ante muerte; Frecuentación/utilización servicios; Psicomorbilidad/malestar psíquico.

ANXIETY IN PRIMARY CARE ABOUT DEATH: RELATIONSHIP WITH THE FREQUENCY OF ATTENDANCE AND PSYCHIATRIC MORBIDITY OF PATIENTS

Objectives. To calculate the prevalence of psychological morbidity and anxiety about death among patients. To observe the association of these variables with the presence of chronic illness, consumption of psychiatric drugs and frequency of attendance.

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Semi-urban primary care centre.

Patients. The study was proposed to 281 patients and accepted by 226 over 18 years old, selected systematically from among 1829 people who attended for consultation between May and July 1999. We calculated 30% prevalence of psychological morbidity.

Measurements and main results. Face-to-face interviews and questionnaires using the Goldberg Anxiety and Depression scales and Templer's scale of Anxiety about death. 63.7% women and 36.3% men responded, with an average age of 52.2 (SD 16.2). Positive Anxiety and Depression scale (prevalence of psychological morbidity) 55.3%; 61.8% in women and 43.9% in men ($p = 0.009$). Mean score on scale of anxiety about death 6.08 (SD 3.15); 6.66 in women (SD 2.67) and 5.05 in men (SD 2.67) ($p < 0.0005$). In over-attenders, anxiety about death was 6.61 (SD 3.23); and in those who are not, 5.81 (SD 3.10) ($p = 0.074$). The group with psychiatric morbidity had 38.4 mean visits (SD 27.28) against 35.5 (SD 22.59) for those without psychiatric morbidity (NS). In patients with psychiatric morbidity, the mean on the scale of anxiety about death was 7.51 (SD 3.33); and 5.33 (2.65) in patients without it ($p < 0.0005$).

Conclusions. High prevalence of psychiatric morbidity. The majority are women, who have a mean value of anxiety about death which is greater than men's. We found no association between anxiety about death and over-attendance. The patients with psychiatric morbidity are more anxious about death. Chronic illness, age and consumption of psychiatric drugs are linked to a greater use of the clinic. We only found a relationship between psychiatric morbidity and a greater demand for health-care among the over-70s.

(Aten Primaria 2000; 26: 446-452)

^aTutores de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). ^bResidentes de MFyC (tercer año).

Correspondencia: Francesc d'Assís Poveda Monge.
Centre de Salut Pego i Les Valls. Ctra. Dénia, s/n. 03780 Pego (Alacant).

Manuscrito aceptado para su publicación el 5-VI-2000.

Introducción

A finales de la década de los sesenta surge en América del Norte un movimiento que se denominó *Death Awareness Movement*¹, cuyo paradigma fueron los primeros trabajos de Elisabeth Kübler-Ross². Se produce la incorporación de la tanatología a las ciencias de la salud, colaborando en la consolidación del modelo *biopsico-social* de asistencia sanitaria propuesto por Engel³ y que la Conferencia Internacional de Alma Atá ratificó en 1978.

Actualmente, este enfoque de estudio y abordaje holístico de la salud en atención primaria sigue plenamente vigente³, pero continúan expresándose con insistencia las opiniones que piden acabar con el tabú de la muerte humana⁴ en la sociedad, aunque podemos y debemos preguntarnos cómo hacerlo. Un tabú no se elimina de la noche a la mañana en una cultura. Sorprende aún más, no obstante, cómo en un contexto médico, en una relación médico-paciente, donde profesionalmente nos movemos entre la vida, la enfermedad, la salud, la prevención y la muerte, habremos tan poco de esta última⁵. ¿Sabe el médico de familia o el internista lo que piensan y sienten sus enfermos al respecto? Su visión debería ser de conjunto, aunque en la práctica este objetivo raramente se alcanza.

La muerte, gran renovadora de la especie⁶, nos acecha permanentemente y, sin embargo, eludimos tratar el tema en la consulta, no realizamos una indagación natural, serena, trascendente, limpia, de actitudes, de entereza individual o de ansiedad. Un interés que debería implicar la propia formación profesional de los médicos, para no ver en el final —o en la trans-

formación— de nuestro propio ciclo vital solamente el resultado de un fracaso, o un error ante los cuales —claro— sí que nos rebelaríamos obligatoriamente.

Según Hegel, morir es el hecho antropológico por excelencia. Por tanto, que la medicina —excluyendo la medicina legal— rehuya o subestime el estudio o la atención a la muerte humana en diversos aspectos, acomodándose así a las exigencias sociales de este tabú, no tiene una explicación satisfactoria dado el íntimo y frecuente trato con ella, aunque sí hay razones históricas, psicológicas y actuales⁵.

La actitud de negación de los sanitarios ante la muerte puede estar perjudicando a esa sociedad civil que ha delegado en los científicos el abordaje de muchos de los problemas de la vida y del fin de ésta, y que en ocasiones sólo se magnifican desde y por su desconocimiento. Hay muchas frustraciones, dolor psíquico, limitaciones, que son inseparables del vivir, siendo nuestra labor como médicos, ante y junto a los pacientes, intentar explicarlas ayudándoles a elaborarlas y no a rechazarlas, negarlas o culpar a otros de ellas⁷.

Según L.V. Thomas⁶, «*el miedo a la muerte termina por hacernos descuidar a los muertos mismos. Y el recrudecimiento de las neurosis y las psicosis quizás no tenga otro origen que este negarse a poner a los muertos en su lugar. O si se prefiere, a mirar de frente el problema de nuestro origen y nuestro destino*». Es sabido el considerable malestar psíquico (psicomorbilidad) hallado en la población consultante de atención primaria —que la OMS cifra en un 20-40% de prevalencia, llegando incluso al 54,5% en algunos trabajos españoles publicados⁸.

Por otra parte, existe la elaboración por algunas culturas de «*la enfermedad*» como sinónimo de «*muerte*»⁹, con las consecuencias de necesidad e inmediatez que este hecho acarrearía. Si bien esta figuración tan vehemente pueda no ser compartida por todos los grupos sociales y culturales, sí que podríamos estar asistiendo a una graduación, de menos a más, en relación a este sentimiento de «*pánico*» ante *la enfermedad identificada con el morir* en la población consultante de los centros de salud, con el consiguiente efecto de aumentar la demanda de consulta.

Que el malestar psíquico sea consecuencia de la ansiedad ante la muerte —o al revés— será muy arduo de demostrar, dada la multifactorialidad del origen de una salud mental alterada. La muerte también es un tema ancestral y amplísimo¹⁰, pero no lo es tanto mostrar que estas variables mencionadas puedan estar mínimamente imbricadas y así seguir investigando sobre la posibilidad de considerar *la actitud ante la muerte* como un determinante socio-sanitario o sociocultural de salud más. Pues parece que no acabamos de creer en la atención contundente y muchas veces prioritaria del *cuerpo mental y social* de nuestros pacientes.

Nuestra pretensión sería explorar el grado de ansiedad ante la muerte en la población consultante y su psicomorbilidad, pero sin relación al duelo o la medicina de cuidados paliativos, aspectos éstos paulatinamente más y mejor estudiados en la literatura médica. La *ansiedad ante la muerte* en los estudios de utilización de los servicios sanitarios parece no haber sido considerada si atendemos a la bibliografía consultada.

Nuestro objetivo, por tanto, es estudiar la prevalencia de psicomorbilidad y el grado de ansiedad ante la muerte presente en la población que acude al médico, la posible asociación entre estas 2 variables y también con otras sociodemográficas y sanitarias: frecuentación, enfermedad crónica y consumo de psicofármacos.

Métodos

Diseñamos un estudio descriptivo transversal entrevistando a una muestra de la población usuaria de nuestro centro de salud en el período del 2 de mayo al 10 de julio de 1999. Se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años que acuden por cualquier problema de salud a las consultas de 3 de los 6 médicos de familia del centro, seleccionando cada día 3 pacientes de cada una de las 3 consultas, a saber, el primer y el antepenúltimo de los anotados en la *cita previa* y el antepenúltimo de los citados a *demanda* durante el mismo día. Se realizan 3 entrevistas al día por consulta; los entrevistadores son residentes de tercer año de MFyC previamente entrenados en un estudio piloto con una introducción de rutina común para el inicio de entrevista (los pacientes participantes en la prueba piloto no se incluyen en el estudio). Si la consulta es por la tarde, se procede de la misma manera. Los rechazos, incomparecencias o cualquier otro motivo de abandono o pérdida se hace constar recogiendo número de consulta, núme-

ro de historia, edad, género y causa, pasando la propuesta de realizar la encuesta al siguiente paciente que figuraba en las listas. También se anota la posibilidad de hacer la entrevista derivada en domicilio —o en otra cita posterior— a aquellos sujetos que habiendo sido seleccionados han enviado en su lugar a la consulta a otra persona. Este procedimiento de selección se lleva a cabo hasta completar el número necesario de muestra calculado previamente ($n = 226$) para una prevalencia estimada del 30% de psicomorbilidad en población consultante, una Z de 1.645 con 0,05 de riesgo y precisión y un intervalo de confianza del 95%¹⁴. La exploración de los síntomas son referidos a las dos últimas semanas previas a la entrevista. El Centre de Salut de Pego i Les Valls atiende una población semiurbana de 10.177 habitantes según padrón de 1996, además de otros consultorios auxiliares cuya población no se incluyó en el estudio.

Las entrevistas constan de un cuestionario administrado de la escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG)¹¹ (Lobo, 1993), La escala de Ansiedad Ante la Muerte de Templer¹² (DAS) autoadministrada con valores entre 0-15 (Ramos, 1982) y una hoja de datos sociodemográficos. Consideramos las subescalas del EADG —ansiedad y depresión— positivas para el punto de corte 4 o mayor en la ansiedad (máximo, 9), y 2 o mayor para depresión (máximo, 9), obteniendo así una sensibilidad, especificidad y valor predictivo del test de un 83,1, 81,8 y 95,5%, respectivamente¹³. La positividad en cualquiera de las 2 subescalas indica psicomorbilidad (malestar psíquico).

Además de los cuestionarios citados, cumplimentamos una serie de datos sociodemográficos y de salud que recogemos de la historia clínica (HSAP): número de HSAP, número de consulta a la que pertenecen los entrevistados, fecha de realización del cuestionario, edad, género, estudios, profesión, enfermedad crónica, consulta programada en salud mental (SM), consumo de psicofármacos (PsF: medicamentos en cuyas indicaciones figuran los trastornos del ánimo o la conducta), criterios de frecuentador y actividad física y funcional.

Los *estudios* se estratifican en «no sabe leer o escribir»; «primarios» (sabe leer o escribir, antigua primaria, EGB); «secundarios» (bachiller, BUP, ESO); «técnicos y diplomaturas» (formación profesional [FP], universitarias técnicas), y «superiores» (licenciaturas universitarias).

La *profesión* en: «agricultura/construcción»; «industria/taller»; «oficina/servicios/estudiantes»; «hogar». Los pensionistas o desempleados se incluyen en el código que más se ajuste o ajustara a su actividad laboral más habitual. No recogemos estado civil.

El campo *enfermedad crónica* se codifica por los 17 grandes grupos de mortalidad de la OMS¹⁵ añadiendo dos supuestos: «pluripatología» cuando hemos de seleccionar más de un código; y «no padece».

Consideramos enfermedad crónica un padecimiento de más de 6 meses de evolución que requeriría seguimiento por parte del paciente o del médico y que figura en la historia clínica; lo hemos distinguido así del paciente que acude a la consulta por un problema agudo actual y en cuyo historial figuran sólo procesos resueltos que no han supuesto cronicidad, o incluso en los que no figura ninguna clase de patología. El paciente oncológico (tumor maligno) prevalece frente a cualquier otro diagnóstico asociado, y no se incluirá nunca en el grupo *pluripatología*.

En la *actividad-función* empleamos la escala de la Cruz Roja para valorar la incapacidad¹⁶.

El consumo de *PsF* positivo se considera si el paciente está actualmente tomándolos, y la *asistencia a salud mental* si tiene consulta programada abierta en las dos últimas semanas en este servicio.

En lo referente a *frecuentación*, calculamos la media de los 9.807 pacientes que han solicitado cita (en consulta médica no urgente) al menos una vez en los últimos 4 años (96,3% de la población), obteniendo un valor de 21,43 citas (DE, 21,17) para la población general (aproximadamente, 5,3 consultas/habitante/año); 23,55 (DE, 22,02) para las mujeres; y 19,21 (DE, 20,01) para los varones. Hemos considerado *hiperfrecuentador* a los que figuraban citados más del doble de la media para cada género (47 citas para las mujeres, 39 para los varones o 42 visitas para población general). Además, restamos aquellas citaciones que fueron inducidas exclusivamente por cuestiones administrativas, fundamentalmente las debidas a la recogida de los partes de confirmación de la incapacidad laboral transitoria (ILT). También obtenemos una *variable cuantitativa de frecuentación (o intensidad de uso repetido en 4 años* = número medio de consultas por persona atendida) de cada paciente al extraer de nuestro registro informático de admisión el número de veces que éstos pidieron cita para consulta durante el mismo período de tiempo expuesto (siempre restando las generadas por ILT). Para el tratamiento estadístico de las variables, realizamos el test de ji-cuadrado, t de Student, regresión lineal y ANOVA (factorial simple, diferencia mínima significativa y test de Sheffé) con el programa estadístico SPSS 6 para Windows desde los datos ordenados en una base de ACCESS.

Resultados

Se propone la entrevista a 281 pacientes. Aceptan 226, y rechazan la invitación (4 varones y 9 mujeres; media de edad, 51,8 años) o se considera que existe algún impedimento importante para su realización (discapacidad: 4 varones y 7 mujeres; media de edad, 71,3 años, o no acuden a la cita: 18 varones y 13 muje-

TABLA 1. Nivel de estudios por géneros, edad media en años, y número de visitas

Nivel	Varones	Mujeres	Total	%	Edad*	Visitas*
No tienen	6 (7,3%)	3 (2%)	9	4,0	70	55,3
Primarios	53 (64,6%)	115 (79,8%)	168	74,3	55,3	39,2
Secundarios	18 (21,9%)	16 (11,1%)	34	15,0	37,2	29,2
Diplomas	4 (4,8%)	4 (2,7%)	8	3,5	26,8	22,8
Licenciaturas	1 (1,2%)	6 (4,1%)	7	3,1	36,1	16,8

*Variaciones significativas entre grupos ANOVA (factorial simple).

TABLA 2. Puntuación de la escala de ansiedad ante la muerte y frecuentación media en los grupos más numerosos de enfermedad crónica

Grupo	N.º pacientes	%	DAS ^a p = 0,03	N.º visitas ^a p < 0,05
No patología	84	37,2	6,2 (DE, 2,9)	24,2 (DE 18,5) ^b
Tumor	5	2,2	7,6 (DE, 3,5)	52,0 (DE, 15,2)
Endocrino	12	5,3	5,8 (DE, 1,3)	38,7 (DE, 25,1)
Mental	8	3,5	7,3 (DE, 4,0)	55,6 (DE, 35,5)
Circulatorio	28	12,4	5,5 (DE, 3,1)	38,4 (DE, 21,9)
Digestivo	6	2,7	3,1 (DE, 0,7)	42,1 (DE, 25,0)
Genitourinario	6	2,7	4,1 (DE, 2,6)	35,6 (DE, 25,6)
Osteomuscular	18	8,0	4,5 (DE, 2,3)	41,3 (DE, 26,1)
Pluripatología	49	21,7	7,1 (DE, 3,5)	52,1 (DE 26,4) ^b

^aDiferencia significativa entre grupos ANOVA.

^bIdem en la prueba de Scheffé.

res; media de edad, 49,0 años) en 55 casos (19,5%).

Un 63,7% (144) de los incluidos son mujeres y el 36,3% (82), varones. La media de edad general es de 52,2 años (DE, 16,25); para las mujeres 52,1 años y para los varones 52,2 años. En cuanto al nivel de estudios véase la **tabla 1**.

En cuanto a la actividad laboral, 27% (n = 61) se ocupan o han trabajado habitualmente en la agricultura/construcción; el 8,8% (n = 20) en la industria/taller; el 25,2% (n = 57) en oficina/servicios/estudiantes, y el 38,9% (n = 88) en el hogar. Un 37,6% de los entrevistados (n = 84) no presenta enfermedad crónica y tiene una puntuación media en la DAS de 6,2. El 62,4% (n = 142) sí padece algún tipo de enfermedad crónica con una DAS de 6. Dentro de los que presentan enfermedad crónica, los grupos más frecuentes de patología crónica han sido el circulatorio (n = 28, 19,7%), el osteomuscular (n = 18, 12,6%), el endocrinometabólico (n = 12, 8,4%) y aquellos con más de una enfermedad crónica y que se incluyeron en un mismo grupo *pluripatología* (n = 49, 34,5%) (**tabla 2**).

El grupo que sí presenta alguna enfermedad crónica (n = 142) tiene una media de visitas de 44,7 (DE, 25,7) frente a las 24,2 (DE, 18,5) del grupo (n = 84) sin patología (p < 0,0005; diferencia, 20,45; IC del 95%, 14,62-26,29).

El test EADG ha sido positivo (prevalencia de psicomorbilidad o malestar psíquico) en un 55,3% (n = 125) para el conjunto de los pacientes entrevistados; un 61,8% (n = 89) de las mujeres y el 43,9% (n = 36) de los varones, con significación estadística (p = 0,009; diferencia, 17,9%; IC del 95%, 3,6-32,2). La **figura 1** muestra cómo se distribuyó la morbilidad psíquica según presentaran positividad para ansiedad, depresión o ambos.

El 39,3% (n = 89) de los entrevistados presentó positividad para depresión, con una puntuación DAS de 7,27 (DE, 3,4), frente a 5,30 (DE, 2,7) del 60,7% (n = 137) que no la tienen (p < 0,0005; diferencia, 1,97; IC del 95%, 1,12-2,82). Un 41,6% (n = 94) presentan ansiedad con una DAS de 7,10 (DE, 3,3) y el 58,4% (n = 132) no la presenta, con una puntuación de 5,35 (DE, 2,7) (p < 0,0005; diferencia, 1,75; IC del 95%, 0,92-2,58). Véase la

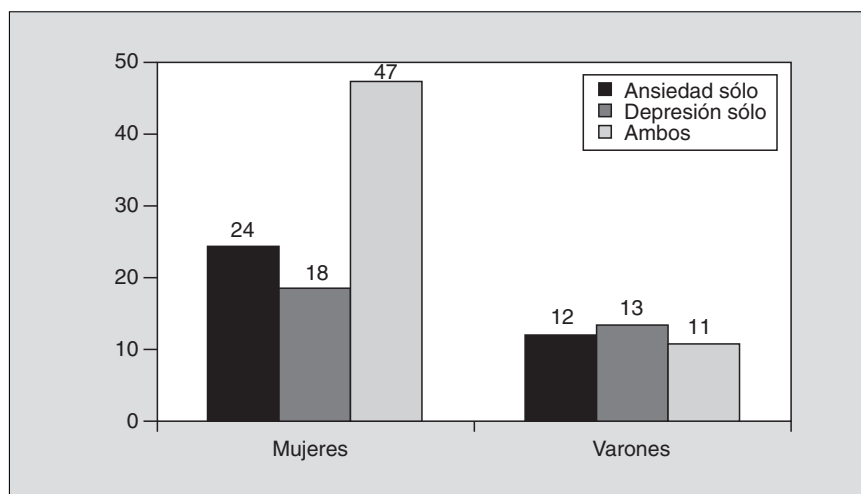


Figura 1. Distribución de la psicomorbilidad por tipo y género.

TABLA 3. Puntuación media de la escala de ansiedad ante la muerte según tipo diagnóstico de psicomorbilidad y género

	Depresión sólo	Ansiedad sólo	Ambos
Mujeres	18 (7,3; DE, 3,2)	24 (7,2; DE, 2,8)	47 (7,6; DE, 3,6)
Varones	13 (6,0; DE, 2,7)	12 (4,7; DE, 2,0)	11 (6,9; DE, 3,4)

tabla 3 para más detalles sobre la DAS y el tipo de psicomorbilidad.

Un 28,3% (n = 64) de los entrevistados toma algún tipo de PsF; el 81,2% son mujeres (n=52) y el 18,8%, varones (n = 12) (p = 0,001). El 79,7% de los que toman PsF (n = 51) tiene el test EADG positivo. Estos 64 pacientes que toman PsF no difieren significativamente en la media de edad de los que no los toman (54,3 años frente a 54,7), pero tienen una media de visitas de 51,0 (DE, 27,6) frente a las 31,7 (DE, 22,1) de los 162 que no toman (p < 0,0005; diferencia, 19,4; IC del 95%, 11,7-27,1). Los pacientes que presentan rasgo ansiedad y toman psicofármacos superan en esta puntuación (6,61; DE, 1,63) a los también considerados ansiosos pero que no los toman (5,26; DE, 1,21) (p < 0,0005; diferencia, 1,35; IC del 95%, 0,74-1,95). En la depresión sucede lo mismo, pero la diferencia no es estadísticamente significativa (4,92 frente a 3,62). Se tratan con PsF un 33,3% de los pacientes considerados ansiosos, el 32,2% de los depresivos y el 50% de aquellos que presentan los dos rasgos.

Un 8,8% (16 mujeres y 4 varones) acuden a la unidad de salud mental (USM) y sólo uno de ellos tiene el

test de psicomorbilidad negativo. El 100% de los pacientes que acude a la USM recibe tratamiento con PsF. El médico de familia prescribe dos tercios de los psicofármacos consumidos por los pacientes de la muestra. El 79,7% de estos pacientes tratados presenta psicomorbilidad y un 81% son mujeres.

El 92% (n = 208) de los pacientes presenta una función física normal; 11 varones y 4 mujeres (en conjunto, el 6,6%) tienen el grado *dificultad sólo viaje*, y un 1,3% necesita *ayuda ocasional en la vida diaria*. Estos resultados se asocian significativamente con la edad y presentar enfermedad crónica, pero no con la psicomorbilidad, el género, o una mayor puntuación en la escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)

El 32,3% de los pacientes (n = 73, 31 varones y 42 mujeres) son hiperfrecuentadores. Un 45,3% de los pacientes considerados hiperfrecuentadores (n = 33) está tomando psicofármacos. El 54,8% (n = 40) tiene el test EADG positivo y un 45,2% (n = 33), negativo (NS). La media de edad es mayor para los hiperfrecuentadores: 60,88 años (DE, 13) frente a 47,91 (DE, 16,08) (p = 0,002; diferencia, 12,97; IC del 95%, 8,98-16,96). Aunque las

mujeres acuden en mayor número al médico que los varones, el número de visitas realizadas por cada uno de los géneros no es significativamente diferente, con una media de 34,8 (DE, 24,8) visitas en los varones y 38,4 (DE, 25,5) para las mujeres.

El grupo con malestar psíquico tiene una media de visitas de 38,4 (DE, 27,28) frente a las 35,5 (DE, 22,59) de los que no lo son (NS). Sin embargo, en el grupo de pacientes con 70 o más años (n = 33) observamos que sí hay diferencias significativas en el número de visitas según presenten malestar psíquico o no: 63,4 (DE, 22,7) visitas frente a 46,8 (DE, 22,8) de los casos sin psicomorbilidad (p = 0,04; diferencia, 16,7; IC del 95%, 0,5-32,9).

La puntuación en la DAS también es mayor en los hiperfrecuentadores, 6,61 (DE, 3,23) frente a un 5,81 (DE, 3,10), aunque no llega a ser estadísticamente significativa (p = 0,074). La puntuación DAS y el número de visitas de cada uno de los entrevistados muestra una correlación débil (r = 0,13; p = 0,054).

La puntuación media general de la DAS es de 6,08 (DE, 3,15). Las mujeres presentan una puntuación (6,66; DE, 2,67) más alta que los varones (5,05; DE, 2,67) (p < 0,0005; diferencia, 1,61; IC del 95%, 0,82-2,40). La psicomorbilidad también se asocia significativamente con una puntuación más elevada en la DAS (p < 0,0005; diferencia, 2,11; IC del 95%, 1,34-2,87) (tablas 4 y 5).

Discusión

Atendiendo a los resultados expuestos, nuestras conclusiones serían las siguientes:

- La prevalencia de psicomorbilidad en la población estudiada es alta, presentándola más de la mitad de los consultantes.
- Esta población con malestar psíquico tiene una mayor ansiedad ante la muerte.
- El grupo de población consultante con menor puntuación de ansiedad ante la muerte son los varones sin malestar psíquico.
- Las mujeres con psicomorbilidad son un grupo amplio y presentan significativamente una mayor ansiedad ante la muerte que los varones con psicomorbilidad o sin ella.
- Tener malestar psíquico se asocia significativamente con una mayor

TABLA 4. Puntuación media de la escala de ansiedad ante la muerte según psicomorbilidad y género

Casos 226	Mujeres	Varones	Total
Psicomorbilidad +	7,51 (DE, 3,33) (n = 89)	5,86 (DE, 2,83) (n = 36)	7,02 (DE, 3,27) (n = 125)
Psicomorbilidad -	5,33 (DE, 2,65) (n = 55)	4,41 (DE, 2,39) (n = 46)	4,91 (DE, 2,56) (n = 101)

Mujeres/varones psicomorbilidad positiva ($p = 0,01$; diferencia, 1,62; IC del 95%, 0,37-2,87).
Mujeres/varones psicomorbilidad negativa ($p = 0,074$).
Total psicomorbilidad positiva/negativa ($p < 0,0005$; diferencia, 2,11; IC del 95%, 1,34-2,87).
Mujeres psicomorbilidad positiva/negativa ($p < 0,0005$; diferencia, 2,16; IC del 95%, 1,16-3,15).
Varones psicomorbilidad positiva/negativa ($p = 0,01$; diferencia, 1,45; IC del 95%, 0,30-0,60).

TABLA 5. Rango de edad y puntuación media de la escala de ansiedad ante la muerte

Rango de edad	n	DAS	significación $p < 0,05$ dsm ANOVA
18-28 años	20	4,7 (DE 2,3)	*
29-48 años	70	6,3 (DE 2,9)	*
49-69 años	103	6,2 (DE 3,3)	
70-99 años	33	5,8 (DE 3,1)	

puntuación de la escala DAS, independientemente del género o del predominio del tipo ansiedad general o depresión. Este último hecho podría cuestionarse en los varones que sólo presentarían ansiedad en el test EADG.

En nuestro centro la proporción de pacientes considerados hiperfrecuentadores no tiene una asociación estadísticamente significativa con un test de psicomorbilidad EADG positivo o con una mayor puntuación de ansiedad ante la muerte. Sí hay asociación con la edad, la presencia de enfermedad crónica, la toma de psicofármacos o el nivel de estudios. La psicomorbilidad se vio relacionada con un mayor número de visitas en el grupo de edad de 70 o más años. Hay una correlación débil estadísticamente no significativa —pero próxima a ella ($p = 0,054$)— entre una mayor demanda de visitas y una más alta puntuación en la DAS. El grupo de población con alguna enfermedad crónica no difiere en su DAS respecto a los que no padecen ninguna. Sin embargo, sí hay diferencias entre los distintos grupos de enfermedad crónica, aunque estos grupos son pequeños. La mayoría de estudios realizados para dilucidar la relación que pueda existir entre la *ansiedad ante la muerte* y otros factores se muestran casi siempre poco consistentes. La actitud que cada ser humano va a

adoptar ante la muerte está determinada por unas numerosas variables difíciles de cuantificar¹⁷. Pero esta dificultad metodológica no disculpa que muchas veces el profesional de la medicina dé la impresión de utilizar el universal hecho de morir para dos cosas en su trabajo: meter miedo a sus pacientes más incumplidores, o verlo como un simple e irremediable proceso biológico-cadavérico que marca el final de un ciclo vital. ¿Cuántas veces hemos atendido a un taciturno paciente anciano al que sus hijos traen a la consulta, y cuya simple —o compleja— respuesta al qué le pasa es un... *pues que tiene mucho miedo a morir, oiga*. Y acto seguido —medio en serio, medio en broma— todos los presentes esbozamos una sonrisita, un *ya será para menos*, o un *por ahí hemos de pasar todos*, y damos por terminada la exploración, o quizás aun podamos concluir con un: *¿pero le duele algo?* Y salvados, recetar enseguida el analgésico. Un hecho que va aceptándose paulatinamente por su repetición es la presencia de una mayor ansiedad ante la muerte en las mujeres, que aparece incluso en culturas diferentes o alejadas de la nuestra^{18,19}. Hay autores que sugieren que es el propio test de Templer el que tiende a ofrecer este resultado y no otros cuestionarios multidimensionales, por ejemplo el Threat Index²⁰. Tampoco sabemos si a nivel vital o incluso humano tener una mayor ansie-

dad ante la muerte es *bueno o malo* (no hay que olvidar que la ansiedad cumple funciones de adaptación y sólo su exceso o su desbordamiento es patológico²¹⁻²²).

Es cierto que las mujeres acuden en mayor número al médico; la relación aproximada de asistencia 62/38 entre mujeres y varones coincide en centros de salud estatales o extranjeros^{23,24}, aunque otros estudios muestran una asistencia similar a los varones si ajustan las consultas por problemas relacionados con la reproducción o una edad mayor al morir²⁵. Las mujeres suelen presentar en los test de cribado una más elevada prevalencia de trastornos psíquicos²⁶, muchas veces porque las mujeres informan de un elevado número de síntomas, perciben peor su salud o refieren una experiencia más favorable con el médico²⁷; pero también es comprobable que viven más que los varones y son menos violentas. La educación *machista* de «los hombres no lloran» y «ser novios de la muerte» podría explicar la variación entre géneros de la DAS¹⁹. De todas formas, entre varones y mujeres sin malestar psíquico, la diferencia de la DAS no es estadísticamente significativa.

El tamaño de la muestra no permite estimar con suficiente precisión la media cuantitativa de la variable DAS en una población consultante¹⁴. Pero si comparamos la obtenida con otros datos publicados de muestras más pequeñas en otros grupos de poblaciones españolas (ancianos, personal sanitario o adictos a drogas por vía parenteral)²⁸⁻³⁰, observamos que la puntuación global media de los pacientes del presente estudio es igual o menor que en éstas, y excepcionalmente mayor (grupo de paracaidistas con 4,9 o grupo de sanitarios varones con 4,67). Por tanto, obviando la formalidad estadística aunque asumiendo la inconsistencia de la comparación, la población general consultante de nuestra población no estaría especialmente ansiosa frente a la muerte. Incluso, el grupo control con el que Templer construye y valida su escala presenta una puntuación media de 6,77¹².

Sin embargo, el grupo con malestar psíquico —tanto en varones como en mujeres— está asociado a una puntuación significativamente mayor de ansiedad ante la muerte que los que no tienen psicomorbilidad. Esto sería lógico si consideramos englobada la ansiedad ante la muerte dentro de

la ansiedad general que mide el test EADG; pero la ansiedad ante la muerte se considera un tipo de ansiedad específica, si bien ligada a la ansiedad general, también dependiente del grado de emocionalidad del sujeto, de su posible estado de salud y de otras experiencias personales^{12,28,31}. Y pensamos que el presente estudio, cuando mide la DAS entre las subescalas ansiedad/depresión sin hallar diferencias, corrobora el citado aspecto. Este hecho no se correspondería tampoco con la idea generalizada del paciente depresivo despreocupado o atraído por la muerte y sin ansiedad ante ella.

La escala DAS se halla diseñada para ser autoadministrada, aunque los entrevistadores encontraron numerosas dificultades y peticiones de los entrevistados, pidiéndoles que les fuera leída y explicada. Tal vez la situación de que la población sea en un cien por cien valenciano-parlante, añadido a la forma negativa en que muchas preguntas se redactan en esta escala, explicaría los inconvenientes referidos por los pacientes. Creemos que las universidades de cada comunidad autónoma deberían validar todo tipo de escalas y cuestionarios que se han mostrado útiles en la investigación médica, adaptándolos a las 4 lenguas oficiales del Estado. Cabe preguntarse si las personas que visitan una y otra vez al médico tienen más miedo a morir que las que no lo hacen; o por el contrario que este miedo llegara a ser un motivo de utilización de servicios relativamente aislado entre población con claras tendencias hipocondríacas³². Sin embargo, es comprensible tener más temor a la muerte si los pacientes soportan una enfermedad que les hace acudir necesariamente más al médico y además plantearse por esta causa el hecho de morir. O al revés, superada una primera fase de negación y lucha, asumir un hecho natural previsible y mostrar más sosiego frente a otras personas con más salud y que todavía no se han cuestionado seriamente estos hechos existenciales. Quizás administrar el cuestionario DAS en una muestra de la población general de nuestra zona discriminaría mejor esta hipótesis. La enfermedad crónica (estado de salud) y la edad son de las variables que repetidamente más relacionadas están con la hiperfrecuentación en los estudios consultados en nuestro medio o más contribuyen a explicar

la utilización de servicios sanitarios^{33,34}. Nuestros pacientes crónicos globalmente no tienen más ansiedad ante la muerte que los que no lo son. Y no hay una correlación significativa —tampoco en otros estudios son concluyentes^{17,20}— entre la DAS y la edad. Sin embargo, vemos que hay diferencias significativas de la DAS entre los diferentes grupos de enfermedad crónica, pero que éstos son de escaso tamaño. Esta diferencia apoya alguna de las características de la ansiedad ante la muerte —constructo multidimensional— aportadas por Templer y mencionadas anteriormente. En lo que atañe a la variable *actividad física* reconocemos un sesgo y, por tanto, apenas la mencionamos en los resultados, ya que la forma de seleccionar a la población deja fuera del estudio a aquellos pacientes encamados o reclusos en domicilio, que sí serían consultores por medio de la visita domiciliaria pero que no acuden al centro. Sólo en un caso se realizó una entrevista en domicilio. Conforme a las puntualizaciones de Báez et al en sus «Cartas al Director»,³⁵ nosotros tampoco hemos podido aislar para el estudio de la frecuentación los factores dependientes del profesional, es decir, aquellas visitas no generadas por iniciativa del paciente (apenas restamos las claramente administrativas y bien pueden estar incluidas también otras propiciadas por el sistema, como la repetición de recetas o las visitas de seguimiento de procesos subagudos). Un claro ejemplo de esto sería la asociación significativa existente entre la toma de PsF y la hiperfrecuentación. Hemos visto que casi un 80% de los pacientes con este tratamiento presenta malestar psíquico y en cierta manera así su prescripción estaría justificada. Apenas tratamos con PsF, no obstante, a un tercio de los pacientes con subescala positiva de «ansiedad» o «depresión», y a un 50% de aquellos pacientes en los que el cribado es positivo para ambas patologías —quizás con el diseño de otros estudios pudiéramos llegar a distinguir y responder por qué unos pacientes con rasgos tan semejantes en los tests de cribado son tratados y otros no, aunque resulta evidente que la puntuación obtenida en la subescala de ansiedad es más elevada en los tratados³⁶. ¿Es que no es efectivo el tratamiento?

¿Son más insistentes y frecuentadores aquellos pacientes que necesitan

PsF? Posiblemente no. Y probablemente, lo que necesitan en este caso simplemente es otra receta y por eso demandan visita. En cuanto al nivel de estudios y la frecuentación, observamos que puede haber un sesgo de confusión —circunstancia referida en otros trabajos^{27,33}—, pues se aprecia que el grupo con menos estudios es el de mayor edad.

Algunos de éstos son inconvenientes ya descritos en la bibliografía sobre utilización de servicios al tomar como *indicador de utilización* el número de visitas entre el total de población asignada y no el número de pacientes «que repiten». Hemos podido comprobar que nuestro centro no se aleja de las precisiones que afirman que al cabo de 5 años el 100% de la población asignada consulta al menos una vez; o de la media de frecuentación estatal en 1983 de 5,3 consultas/habitante/año³³. Incluso, más de un 85% de la población ha solicitado visita en la consulta médica durante los últimos 12 meses al menos una vez, según nuestro registro. Pero nuestra intención y objetivos no eran dilucidar definitivamente las controversias que siguen produciéndose en los estudios de utilización de servicios —por ejemplo, la influencia de la edad en la frecuentación o de la psicomorbilidad, cuestionadas periódicamente por algunos trabajos²³—, sino introducir una variable sociopsicológica que creemos poco considerada hasta ahora en estos estudios; hallar la prevalencia de psicomorbilidad en nuestra población consultante —comprobando que es también alta como otras de la península— y describir una posible asociación entre ellas. Y todo esto con los datos que teníamos.

Nuestro objetivo y nuestra pregunta sobre el hecho de relacionar una más alta frecuentación con una mayor ansiedad ante la muerte vuelve a quedar en el aire al obtener en la correlación una significación estadística de 0,054, y nos induce a no descartar absolutamente esta hipótesis, aunque la correlación entre ambas variables ha sido muy débil.

Agradecimientos

A todos los pacientes que han colaborado y a algunos compañeros que, ofreciéndose a participar en el trabajo, finalmente por cuestiones de diseño no pudieron hacerlo, como M. José Martínez y Amparo Miralles.

Bibliografía

- Aracil Bonet LL. La mort humana (1.^a ed.). Barcelona: Empúries, 1998.
- Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1975.
- Borrell Carrió F, Cebrià Andreu J. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En: Martín Zurro A, Cano Perez J, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Doyma, 1994.
- Emanuel EJ. Asistencia de pacientes terminales. Lancet (ed. esp.) 1997; 31 (4): 201.
- Gómez Sancho M. Los profesionales de la salud y la muerte. Medicina Paliativa 1998; 5: 3.
- Thomas LV. Antropología de la muerte (1.^a ed.). México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma, 1988.
- Borrás Martínez P, Fibla Nolla M, Villó Vallés C. Prevalencia de morbilidad psíquica en una consulta de atención primaria. Salud Rural 1997; 3: 80-86.
- Méndez López C, Ramírez Hita S. Gitanos: contextos trayectorias y salud. FMC 1999; 6: 213-217.
- Morin E. El hombre y la muerte (2.^a ed.). Barcelona: Kairós, 1994.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P. Detecting anxiety and depression in general medical settings. BMJ 1988; 297: 897-899.
- Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. J Gen Psychol 1970; 82: 165-177.
- Montón C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección de malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.
- Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Madrid: Mosby-Doyma, 1991.
- OPS-OMS. Manual de clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Novena revisión. Washington, DC: OPS-OMS, 1975.
- López-Dóriga P, Guillén Llera F. Monografías de actualización en geriatría. Madrid: Editores Médicos, 1995.
- Blanco Picabia A, Antequera Jurado R, Torrico Linares E. Mesa redonda: actitudes y creencias en el anciano. Ponencia: Actitudes ante la muerte y creencias religiosas en los ancianos. INTUS. Revista de las Unidades Docentes de Psicología Médica 1994; 5 (1-2): 157-174.
- Schumaker JF, Warren WG, Groth-Marnat G. Death anxiety in Japan and Australia. J Soc Psychol 1991; 131 (4): 511-518.
- Templer DI. Comment on large gender difference on death anxiety in Arab countries. Psychol Rep 1991; 69: 1186.
- Wong PT, Reker GT, Gesser G. Death attitude profile-revised: a multidimensional measure of attitudes toward death. En: Neimeyer RA, editor. Death anxiety handbook. Londres: Taylor and Francis, 1994.
- Álava MV, Fernández LJ, Bernad. Ansiedad: aspectos generales. En: Fernández Rodríguez LJ, editor. Aspectos básicos de salud mental en atención primaria. Valladolid: Trotta, 1999.
- Pichot P, López-Ibor JJ, Valdés Miyar. DSM IV-Aten Primaria. Barcelona: Masson, 1997.
- Kouzis AC, Eaton WW. Absence of social networks, social support and health services utilization. Psychological Medicine 1998; 28: 1301-1310.
- Barreto P, Corral ME, Muñoz MP, Boncompagni R, Sebastián R, Solá M. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. Aten Primaria 1998; 22: 491-496.
- Mustard C, Kaufert P, Kozyrky A, Mayer T. Sex differences in the use of health care services. N Engl J Med 1998; 338: 1678-1683.
- Valls Llobet. Mujeres y hombres: salud y diferencias. Barcelona: Folio, 1994.
- Gómez Calcerrada D, Hernández del Pozo F, Gómez Berrocal M. La investigación en la utilización de los servicios sanitarios. FMC 1994; 3 (4): 229-242.
- Ordoñez F, Rodríguez Díaz FJ, Blanco Picabia AB. Una escala de medición de la actitud ante la muerte en drogodependientes ADPV. An Psiquiatría 1996; 12: 1-10.
- Nieto J, Llor B, Barcia D, Del Cerno M. Miedo y ansiedad ante la muerte en ancianos. Geriátrica 1992; 8 (3): 17-23.
- Poudevida S. Estudio de la incidencia de la ansiedad ante la muerte en el personal sanitario del Hospital de Sant Gervasi. C Med Psicossom 1996; 39: 48-54.
- Lonetto R, Fleming S, Mercer GW. The structure of death anxiety: a factor analytic study. J Personality Assessment 1979; 43 (4): 338-392.
- Jyvasjarvi S, Joukamaa M, Vaisanen E, Larivaara P. Alexithymia, hypochondriacal beliefs, and psychological distress among frequent attenders in primary health care. Compr Psychiatry 1999; 40 (4): 292-298.
- García Olmos L. Los estudios de utilización de servicios en la revista *Atención Primaria*. Aten Primaria 1994; 14: 1118-1127.
- López E, Carazo ET, Bueno A, Lardelli P, Gastón JL. Influencia de la edad y la enfermedad crónica en la utilización de la atención primaria. Aten Primaria 1997; 19 (2): 92-95.
- Báez K, Aiarzagüena JM, Grandes G. Hiperfrecuentación y factores psicosociales: ¿mito o realidad? Aten Primaria 1999; 23 (9): 555.
- Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urtiaga M, Calabuig J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1999; 24 (10): 569-578.